

A bioetika kérdései



Tari Gergely

A FÉRFI ÉS NŐI TESTEK MEDIKALIZÁCIÓJA

Ez a mű a Creative Commons Nevezd meg! - Ne add el! - Így add tovább! 4.0 Nemzetközi Licenc feltételeinek megfelelően felhasználható.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



A férfi és női testek medikalizációja

The Medicalization of Male and Female Bodies

Tari Gergely

<https://orcid.org/0000-0002-6497-1397>

Etika, moralitás, bioetika / Ethics and morality, bioethics (12958),
Filozófia, etika és vallástudományok / Philosophy, Ethics and
Religion (13030)

bioetika, filozófia, medikalizáció, szexualitás

bioethics, philosophy, medicalization, sexuality

DOI: <https://doi.org/10.56037/978-963-646-149-2>



<https://openaccess.hu/>

A FÉRFI ÉS NŐI TESTEK MEDIKALIZÁCIÓJA

A BIOETIKA KÉRDÉSEI

A PTE Általános Orvostudományi Kar (Magatartástudományi Intézet),
a SZTE Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar (Magatartástudományi
Intézet) és a HUN-REN BTK Filozófiai Intézet (MTA Lendület Értékek és
Tudomány Kutatócsoport) közös sorozata

SOROZATSZERKESZTŐK

Barcsi Tamás, Tari Gergely és Tuboly Ádám Tamás

TARI GERGELY

A FÉRFI ÉS NŐI TESTEK MEDIKALIZÁCIÓJA

L'Harmattan

Budapest, 2024

A kötet a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar anyagi támogatásával, a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar és a HUNREN Bölcsészettudományi Kutatóközpont szakmai együttműködésében jelent meg.



BÖLCSESZETTUDOMÁNYI
KUTATÓKÖZPONT
FILOZÓFIAI INTÉZET

Szakmai lektor: Dr. habil. Krémer Sándor és Dr. Dweik Diána

© L'Harmattan Kiadó, 2024

© Szerzők, 2024

L'Harmattan France
5-7 rue de l'École Polytechnique
75005 Paris
T.: 33.1.40.46.79.20
Email : diffusion.harmattan@wanadoo.fr

L'Harmattan Italia SRL
Via Degli Artisti 15
10124 Torino
Tél: (39) 011 817 13 88 / (39) 348 39 89 198
Email: harmattan.italia@agora.it

ISBN 978-963-646-149-2
ISSN 3057-9775

A kiadásért a L'Harmattan Kiadó igazgatója felel.

A kiadó kötetei megrendelhetők,
illetve kedvezménnyel megvásárolhatók:
L'Harmattan Könyvesbolt
1053 Budapest, Kossuth L. u. 14–16.
Tel.: +36-70-554-3177
harmattan.hu

Korrektúra: Sembery Gábor
Borítóterv: Kára László
Tördelés: Csernák Krisztina
Nyomdai kivitelezés: Prime Rate Kft.
Felelős vezető: Tomcsányi Péter

TARTALOMJEGYZÉK

1. ELŐSZÓ	7
2. A FÉRFIAK BIOLÓGIAI ÉS SZEXUÁLIS SAJÁTOSSÁGAINAK MEDIKALIZÁCIÓJA A XIX-XXI. SZÁZADBAN.	9
2.1. Az egészség és betegség fogalompár definíciós kérdései	9
2.2. Medikalizáció és demedikalizáció	12
2.3. A maszturbáció medikalizációja és demedikalizációja	15
2.3.1. Az onanizáló alakjának archeológiája	16
2.4. A homoszexualitás medikalizációja és demedikalizációja	25
2.5. Az öregedő férfi testek medikalizációja.	35
2.5.1. Maszkulin értékek az antik görög világban és napjainkban	35
2.6. A férfiak szexualitásának medikalizációja	39
2.7. A szexuális funkciók élethosszig tartó megőrzésének normalizációja.	42
2.8. Terápiás lehetőségek a XX. század végén.	51
2.9. Az erektilis diszfunkció medikalizációja – A Viagra-marketing arcuatváltásai.	54
2.10. Az androgén alopecia (férfias típusú kopaszodás) medikalizációja.	66
2.11. Medikalizáció és iatrogenézis	69
3. A NŐK TESTÉNEK ÉS SZEXUALITÁSÁNAK MEDIKALIZÁCIÓJA.	72
3.1. A hisztérikus nő mint az androcentrikus faj rabszolgája	73
3.2. A megbízhatatlanság biológiája	81
3.3. Thomas Szasz hisztéria értelmezése.	83
3.4. A női szexuális diszfunkció (female sexual dysfunction) medikalizációja	85
3.5. A szexuális diszfunkciók és a tartós házasság	86

3.6. Afrodiziákumok megítélése a XIX. században	88
3.7. A női frigeditás metamorfózisa	90
3.8. A női szexuális diszfunkciók kortárs megítélése	95
3.9. A várandósság és szülés medikalizációja	100
3.10. A reprodukív autonómia elve	101
3.10.1. A prenatális diagnosztikai eljárások medikalizációja.	105
3.10.2. A prenatális diagnosztika elidegenítő hatása	108
3.11. Hogyan vezet a medikalizált szülés a reprodukív autonómia korlátozásához?	110
3.12. A szülészeti ellátás értékelése a reprodukív autonómia és a medikalizáció vonatkozásában	112
3.13. A pozitív szülésélményt facilitáló tényezők és a medikalizáció ártalmai	117
3.14. A női nem medikalizációjának jövője	122
 FELHASZNÁLT IRODALOM	 127

1. ELŐSZÓ

A személyre szabott orvoslás (*personalized medicine*, PM) a medicina egyik legújabb paradigmájaként értelmezhető. Az ilyen szemléletű diagnosztikus, prevenciós és kuratív ellátások kiindulópontja egy meglehetősen összetett információhalmaz, amely a beteg egyén genomjából, fajtipikus funkcionalitásából, környezeti sajátosságaiból, valamint egészség- és betegségmagatartásaiból tevődik össze (Redekop 2013). A „személyre szabott” jelző mellett használatos „precíziós” (*precision*) és stratifikált (*stratified*) kifejezések egymás szinonimáiként ugyanazt a paradigmát írják le: *a lehetőségekhez mérten a beteg sajátosságaihoz leginkább illő kezeléstípus megválasztására kell törekedni.*

A PM mint személyre szabott ellátási módszer összhangban van az orvosi etika alapvető normáival, hiszen a célzott diagnosztikus és terápiás lehetőségek megválasztásához az ártalomcsökkentés is párosul, így kétségtelenül meghatározó szerepet prognosztizálhatunk az erre építő eljárásoknak. Kevésbé egyértelmű, hogy a PM pusztán technikai vagy antropológiai fordulatot is hoz-e majd magával. Optimális esetben az egyén nukleotidjait, legelemibb alkotórészeit (is) megismerni vágyó diagnosztikus és terápiás irányzat értékelésekor a dehumanizálódás lehetőségének fel sem szabadna merülnie. Sőt, nehéz ennél személyre szabottabb egészségügyi szolgáltatást körvonalazni, amely az ellátotthoz kapcsolódó megannyi faktort szinoptikusan számításba veszi. A bioetikusnak azonban ebben a pillanatban magára kell öltenie az *advocatus diaboli*¹ szerepét, és a „személyre szabott” és „precíziós” jelzőket kritikai megközelítésben kell vizsgálnia. Mit is jelent valójában a perszonalizáció a betegre nézve? Nem

¹ Ördög ügyvédje

esnek-e a testi redukcionizmus kétségkívül vonzó csapdájába a jövő orvosai, amikor az ember bio-pszicho-szociális egésze helyett csak a személy materiális alkotóelemeire fókuszálnak a betegség megértésekor, és a terápiaválasztás finomhangolásakor? Az objektív technológiát alkalmazó orvos perspektívája az egyén *beszédének* és *élményvilágának* szükségszerű leértékelődéséhez, a beszélő személyek helyett a *beszéltetett testek* gyakorlatához vezet?

A következő fejezetekben ezeket a kérdésfelvetéseket a férfi és női test orvosi hatókör-bevonódásának kontextusában, kifejezetten szexualitásuk² vonatkozásában vizsgálom. Könyvem fókuszában a biomedicina nyelvezete és gyakorlata által (re)konstruált *homo sapiens sapiens* és az őt öltöztető társadalmi jelentésrétegek állnak. A kötet betekintést nyújt a XIX. és XXI. század között zajló folyamatba, amelynek során a természettudományos forradalom egyszerre keretezte át az egészséges és beteg férfi és nő ideáit, főként azok szexualitásán keresztül.

² Az emberi szexualitás magában foglal minden olyan magatartást, amely kapcsolódik a *vágy* (*lust*), *vonzalom* (*attraction*) és *kötődés* (*attachement*) hármas rendszeréhez kötődő nemi tevékenységhez.

2. A FÉRFIAK BIOLÓGIAI ÉS SZEXUÁLIS SAJÁTOSSÁGAINAK MEDIKALIZÁCIÓJA A XIX–XXI. SZÁZADBAN

2.1. AZ EGÉSZSÉG ÉS BETEGSÉG FOGALOMPÁR DEFINÍCIÓS KÉRDÉSEI

Az egészség és betegség fogalmai az orvostudomány legalapvetőbb kifejezései közé tartoznak, amelyekről hajlamosak vagyunk azt gondolni, hogy értékítéletektől mentes, objektív alapokon nyugszanak. Ez azonban nem így van, hiszen bár a biomedicina tudásanyaga átfogóbb és részletesebb, mint valaha, a mai napig visszatérő vita tárgya, hogy végső soron mely állapotokat tartjuk kezelendőnek, és melyeket nem. Az egészség és betegség állapotainak elkülönítése a naturalista és normativista koncepciók megkülönböztetésére épül. A két megközelítés alapvetően abban különbözik egymástól, hogy a naturalista definíciók azt állítják, empirikus, tapasztalati úton elhatárolhatók egymástól az egészséges és beteg emberek, azaz tisztán természettudományos eszközökkel lehetséges a testi és mentális betegségek osztályozása. A normativista nézetek szerint azonban a két állapot értelmezhetetlen azok nélkül a társadalmi-kulturális viszonyok nélkül, amelyben a betegséget felismerik, így a tapasztalati úton szerzett tudás kiegészítésre szorul a nem orvosbiológiai, történelmi-társadalmi tényezők garmadájával (Kovács 2006, 124).

A naturalista egészségdefiníciók kiindulópontja az egészség negatív meghatározása, amely szerint az *egészséges ember az, aki nem beteg*. Ez egyrészt jelentheti azt, hogy az organizmusok, az egészséges szervrendszerek, a szervek, és folytatva a sort az elemi alkotóelemekig, statisztikai adatai alapján (Gauss-görbe) meghúzható a normális (egészséges) és abnormális (egészségtelen) közötti határvonal (Kovács 2006, 124). A naturalizmus terminológiai paradigmája az objektivitásra való törekvés, és a diagnosztikát zavaró, relatívnak mondható (társadalmi, kulturális stb.) komponensek kiiktatása, vagyis a reduk-

cionizmus. A betegségek kóroktanának tökéletesítése természetesen szükségszerű, azonban az orvoslás története bővelkedik az olyan példákban, melyekben a komplex bio-pszicho-szociális beágyazottságú életjelenségek leegyszerűsítve, a társadalmi-környezeti tényezőktől függetlenül kerültek a biomedicina hatókörébe. Az elmekóroktan tekintetében A Mentális Betegségek Diagnosztikus és Statisztikai Kézikönyvének legfrissebb kiadása (DSM-V-TR) is hangsúlyozza, hogy szemben a korábbi ajánlásokkal, immár elengedhetetlen az egyén szociokulturális sajátosságait is figyelembe venni a klinikai kép értékelésekor. Azaz, egy személy diszfunkcionális viselkedésségei ártalmatlanul (*sine morbo*) is betagozódhatnak bizonyos kulturális sémák, rítusok közé, így a diagnosztizáló orvosnak a tünetek feltárásakor „a szenvedésről beszámoló személynek”, mint radikálisan társadalmi lénynek a megértésére kell törekednie (Nussbaum 2014, 1823).

A naturalista koncepció kidolgozásában nagy szerepet játszott John Guyett Scadding, aki elsőként definiálta a betegséget biológiai hátránnyként (*biological disadvantage*). Meghatározása szerint a betegség előfeltétele, hogy egy jelenség eltér a társadalmi átlagtól, illetve biológiailag előnytelen (pl. a várható élettartamot csökkenti). A naturalista szemléleten belül fontos megemlíteni Christopher Boorse-t, a *biostatistikai egészségmeghatározás* leghíresebb alakját, aki a biológiai funkciók statisztikai értékelésében látta a medicina tisztán tudományos megalapozhatóságának sikerét. Ennek kiindulópontja az a feltételezés, miszerint ha a betegségek a faj biológiai sajátosságaitól való eltérések, ezek felismerése a természettudományok feladata, és e folyamatban nincs szükség társadalmi értékítéletekre (Boorse 1977), így az orvosláshoz tisztán természettudományos módszerek kellene. Boorse a tudományos fejlődés célját a diagnosztikai folyamatot akadályozó kulturális hatások levetkőzésében látta, a betegségek lecsupaszítását a társadalmi (szociokulturális) beágyazottságáról.

A naturalizmus másik jellegzetes típusa az *egészségesnek fajtipikusként, természetesként való leírását* hirdeti. A koncepció talán leghíresebb képviselője James Wakefield, a „hibrid-naturalizmus” kidolgozója. Álláspontja összecseng Scadding és Boorse koncepciójával, hiszen a betegség definícióját ő is objektív módon keretezhetőnek gondolta el. Az ilyen állapot referenciapontja a káros diszfunkciona-

litás (*harmful dysfunction*), míg az egészség az organizmusnak, a szervrendszereknek, szerveknek stb. fajra jellemző funkcionalitását jelenti. Wakefield törekvése azért kapta a „hibrid-naturalizmus” elnevezést, mert azzal próbált hidat képezni a normativista és naturalista koncepciók között, hogy a faj funkcionalitását evolúciós perspektívába helyezte. Ezáltal naturalizálta az ember célokságát: ennek értelmében egészséges (és jó) az, ami a faj (és az egyed) fennmaradását (túlélését és szaporodását) elősegíti. A hátrány meghatározása mindezek inverze, vagyis károsak azok a jelenségek, amelyek az organizmus egészére vagy részére nézve diszfunkciót idéznek elő, tehát veszélyeztetik a személy reprodukciós képességét és/vagy túlélését.

A naturalizmussal szemben a *normativista irányzat* hangsúlyozza, hogy a betegségeírásaink önkényesek, azaz összességében radikálisan történelmi-társadalmi meghatározottságú, hogy egy közösség épp mely testi-lelki állapotokat tartja az értékrendszerével összeférhetetlennek (Kovács 2006, 121–125). Az egészség és betegség fogalmait illetően sokszor azért nem látunk tisztán, mert hajlamosak vagyunk nem szétválasztani két szervesen egymáshoz kapcsolódó kérdéskört. Egyrészt azt, hogy bizonyos testi és mentális jelenségek biológiai alappal rendelkeznek, másrészt pedig azt, hogy ezek az életjelenségek mikortól számítanak betegségnek. Az első egy empirikus, a másik nagyon is szociokulturális változóktól függő kérdéskör (Zachar 2000). A szülés és születés vonatkozásában szembeötlő a különbség. A szülés mint eredendően biológiai folyamat, elválaszthatatlan annak szociokulturális tényezőitől. A vajúdo-szülő nő lehetőségei, mely alapján például eldöntheti, hogy kórházban vagy otthonában szeretné-e világra hozni gyermekét, mely beavatkozásokat tart elfogadhatónak, milyen testhelyzetet választ az egyes szülési fázisokban, kizárólag a „normális szülésről” alkotott szociokulturális értékrend viszonyában értelmezhetőek (Tuboly 2024). Civil érdekképviselői szervezetek (például Másállapotot a szülészetben mozgalom) Magyarországon is rendszeresen felerősítik azoknak a nőknek a hangját, akiknek beszámolóí szerint a hazai ellátórendszer sem egységes több más mellett abban a tekintetben, hogyan viszonyul az orvos és az egészségügyi szolgáltató a szülési testhelyzet megválasztásához, a császármetszés utáni hüvelyi szüléshez, vagy éppen a nem orvosi okokon alapuló

császármetszés választásához. A szülés mint fiziológiás folyamat, elválaszthatatlan a szűkebb és tágabb környezet értékeitől, amelyek alapján az ellátók óhatatlanul morális határvonalat húznak normális és abnormális vajúdási és szülési mintázatok között.

2.2. MEDIKALIZÁCIÓ ÉS DEMEDIKALIZÁCIÓ

Peter Conrad meghatározására támaszkodva a „medikalizáció” tágabb értelemben véve azt a folyamatot jelenti, „melynek során egy alapvetően nem orvosi problémát orvosi szempontból szemlélnék, orvosi fogalmakkal és az orvostudomány nyelvezetét használva írják le, az orvostudomány magyarázó elveit használva értenek meg és orvosi beavatkozásokkal próbálnak (‘kezelní’)” (Kovács 2007, 167). A medikalizáció természetes velejárója az orvostudomány fejlődésének, amennyiben például az életminőséget szervi elégtelenség miatt drasztikusan lerontó állapotra új palliatív (tüneti) vagy gyógyító eljárást fejleszt ki, amely egyéb nem orvosi (pl. pedagógiai) eszközzel nem helyettesíthető, és ez az *egyén életére és életminőségére nézve előnyös* következményekkel (pl. életminőség javulás, élettartam meghosszabbítása stb.) jár. A medikalizáció tehát orvosilag hasznos is lehet, ha pl. gyógyszerfejlesztéssel kiválthat egy invazív, ezáltal nagyobb mellékhatásspektrummal bíró eljárást; valamint közgazdasági haszonnal is járhat, amennyiben az új eszköz segíti a költséghatékony ellátásrend megszervezését. Előnyös továbbá, ha egyes betegségekről nyílt társadalmi kommunikáció kezdődik, amelynek járulékos pszichológiai és társadalmi következménye a betegségekkel szembeni előítéletek, stigmák lebontása. Az egészségnevelés integrálása a közoktatási tanmenetekbe ugyancsak elősegítheti az egészséges életmód széleskörű, korosztály-specifikus elterjesztését. Mindezek tükrében érdemes elkülöníteni a „jól megalapozott medikalizációt” (*well-founded medicalization*) a kártékony, határátlépő medikalizációtól, amelyet a szakirodalom egységesen a „túlzott medikalizáció” (*over-medicalization*) kifejezéssel ír le. Utóbbi esetben az orvosi hatókörbevonás szükség-szerűségének és arányosságának követelménye nem teljesül, és olyan emberi életesemények (pl. alvási problémák, túlsúly, melankólia stb.)

is a medicina kontrollja alá kerülhetnek, amelyek kezelésére lenne hatékony, *nem orvosi alternatíva*. A „túlzott medikalizáció” további sajátossága, hogy egyes komplex, pszichoszociális beágyazottságú életjelenségeket is orvosi-fiziológiai problémára redukáltan jelenít meg (pl. valamely magatartást kizárólagosan az agy neurokémiai egyensúlyának felborulásával azonosít). A következőkben a medikalizáció fogalmát (ha csak az ellenkezőjét ki nem emelem) a határát-lépő, „túlzott medikalizáció” értelmében használom.

Az 1960-as és 1970-es években Peter Conrad, Ivan Illich, Irving Kenneth Zola vagy éppen Michel Foucault által különféle megköze-lítésekben tárgyalt medikalizáció másik pólusaként a demedikalizá-ciónak nevezett jelenséget is figyelembe kell vennünk. *Ennek során korábban orvosi problémának tartott jelenségek kerülnek ki a biomedicínális ellenőrzés alól* (Conrad 1992, 224). Bár kétségkívül ritka jelen-ségről van szó, napjainkban is számos orvosi felügyelet alatt álló emberi állapotnak (erektilis diszfunkció, androgenetikus alopecia, figyelemhiányos hiperaktivitási zavar [ADHD]) és élettani folyamat-nak (pl. szülés és születés, laktáció, szexualitás stb.) a „felszabadítá-sáért” folyik polgári, anti -diszkriminációs és szaktudományos ber-keken belüli küzdelem.

Fontos kiemelnem, hogy a medikalizációt esszenciális értelemben véve *normalizáló folyamatként* ragadjuk meg, amely által a biomedicina előnyös hatalmi helyzetéből adódóan erkölcsi parancsokat (*normákat*) konstruál és rekonstruál. *A demedikalizáció diskurzusára így filozófiai és polgárjogi praxisként is tekinthetünk, mely egyfajta lázadás az orvostudomány általános és partikuláris normalizáló gyakorlataival, azaz a túlzott medikalizációval szemben.* A szexualitás medikalizá-cióját nem csupán a strukturális felosztás miatt lehet gyümölcöző a medikalizáció és demedikalizáció megkülönböztetésén keresztül vizsgálunk. Ez a felosztás ugyanis nem pusztán egy praktikus szö-vegszerkesztési gyakorlat, és jóval több annál, minthogy egyszerűen csak rámutatunk a folyamatok polarizált jellegére. Tartalmi többlete abban rejlik, hogy Foucault intelmére épít. E szerint, amikor a Fou-cault által „biohatalomnak” nevezett diszkurzív és intézményes rend-del (vagyis a biomedicina eljárásaival és gyakorlataival) szemben megpróbálunk elméleti és még inkább gyakorlati ellenállást tanúsí-

tani (esetleg lecserélni, leváltani őket), akkor mérlegelnünk kell, hogy a váltást (vagy dekonstrukciót) követő új narratíva érdekében tényleg érdemes-e lépéseket tenni. Jó-e, ha végső soron az új diskurzus leváltja a régit? A férfiak szexualitásához kötődő demedikalizált életterületek elemzése során ezért arra is kitérek, hogy milyen alternatívákat kínáltak fel, vagy szorgalmaznak jelenleg is a medikalizált életjelenségeket bíráló szakemberek, jogvédő szervezetek és társadalmi csoportosulások, és hogy ezek a nem orvosi alternatívák valóban versenyképes prevenció és gyógyító erővel bírnak-e: teljesül-e a kár-haszon arány optimalizálás bioetikai alapelve.

Fókuszálunk a következőkben a férfiak szexualitásának medikalizációjára és demedikalizációjára, mely a következő fejezetek tartalmi keretét adja. A soron következő oldalakon igazolni kívánom a tézist, mely szerint:

(1) a férfiak testéhez kapcsolódóan általánosnak mondható az új patológiák leírásának jelensége, és meglehetősen ritka eseménynek számít, amikor a kóros állapotok palettájáról eltűnik egy már létező diagnosztikus klaszter. Erre azért van szükség, mert a férfi biológiai adottságaihoz, ezen belül is a szexualitásához gyakran inkább demedikalizációs példákat (pl. homoszexualitás, maszturbáció) társítunk, holott az ezredforduló óta egy igen extenzív medikalizációs irány is megmutatkozik.

(2) Ennek a hatalmi mechanizmusnak két fő aspektusát fogom részletesen elemezni. Elsődlegesen amellet fogok érvelni, hogy az erektilis diszfunkció (merevedési zavar/impotencia) és az androgén alopecia (férfias típusú hajhullás) biohatalmi eszközökkel megvalósult medikalizációja során megismétlődtek a maszturbáció és a homoszexualitás eseteiben tapasztalt ártalmas *normalizációs mechanizmusok*. Ennek hatására a nyugati típusú országokban a XX–XXI. században jelentősen átalakultak a férfiakhoz társított normatív elvárások, és a velük kapcsolatos társadalmi attitűd.

2.3. A MASZTURBÁCIÓ MEDIKALIZÁCIÓJA ÉS DEMEDIKALIZÁCIÓJA

A maszturbáció és a homoszexualitás kivonása az orvosi felügyelet alól a demedikalizáció talán legszélesebb körben ismert két példája. Mi járult hozzá ehhez a „felszabaduláshoz”? Ha a medikalizáció eszenciális értelemben véve *normalizáció*, mely által nem kívánatos magatartások felügyelete, szelekciója és egyben a társadalmat irányító erkölcsi szabályok megalkotása és újraírása történik, joggal merülhet fel bennünk a kérdés, mi vezethetett el addig, hogy a hatalom lemondott, vagy lemondani kényszerült számára egykor fontos és ellenőrizni kívánt életterületekről.

Elsőként vizsgáljuk meg a *patologizáció* (betegséggént való megragadás) mögött felsejlő okokat, vagyis tekintsük át a medikalizációnak kedvező társadalmi kontextus jellegzetességeit, és a maszturbáció, később pedig a homoszexualitás orvosi kontroll alá kerülését és fokozatos kivonódását. Elemzésemben nagyrészt Foucault narratíváját követem, aki egyszerre genealógiai³ és archeológiai⁴ vizsgálat tárgyává tette az emberi szexualitást, annak is főként a férfiakat és a házastársi kapcsolatot érintő részeit. Célom annak megértését elősegíteni, hogyan működik a medikalizáció, amelyet Foucault alapján eredendően diszkurzív hatalmi stratégiaként kell elgondolnunk.

³ A genealógia kifejezést Foucault Nietzsche *A morál genealógiája* című írása nyomán használja. Ez a módszer azt igazolja, hogy egy gondolati rendszer kialakulása nem racionális alapokra visszavezethető társadalmi folyamatoknak, hanem a történelem kontingens fordulatainak eredménye.

⁴ Foucault értelmezésében a történelem nukleusza a beszéd, így az archeológia voltaképpen a diszkurzusok felemelkedésének és bukásának története. Ahogy *A szexualitás története* első kötetében írja, az archeológia hivatott feltárni „azoknak az intézményeknek, gazdasági folyamatoknak, társadalmi viszonyoknak [azt] az egész területét, amelyeket követve egy beszédképződmény tagolódhat.” (Foucault M.: *A szexualitás története I. A tudás akarása*. Atlantisz, 1999, 211).

2.3.1. Az onanizáló⁵ alakjának archeológiája

A maszturbáció demedikalizációja több évszázados küzdelem során jutott nyugvópontra. Az önkielégítés medikalizált korszakának kezdetét a *L'Onanisme* című könyv 1760-as megjelenésére tehetjük. Szerzője, Samuel-Auguste David André Tissot, olyan patológiaként írta körül az „önfertőző” önkielégítést, amelynek szisztémás, tehát az egész szervezetet károsító, akár halálos következményeivel is számolni kell (Szegedi 2016, 36). Ennek tükrében biztosak lehetünk abban, hogy a maszturbáció visszaszorítása a XVIII. században stratégiai kérdésnek számított, különös tekintettel arra, hogy a fertőző járványokon kívül igazán kevés betegség kórlefolyását és patogenezisét ismerték. A patologizáció elsődleges oka azonban független az önkielégítő személy testi vagy pszichés működésétől. Foucault szövegeiben, első sorban a *Szexualitás történetének* első kötetében (1999), ugyanis amellett érvelt, hogy a felvilágosodás kori szövegek elsősorban a társadalmi rend felborulásaként, pontosabban a gyermek nevelésének zavaraként ragadták meg, majd vonták orvosi ellenőrzés alá az önkielégítést végző serdülő (többségében fiúként leírt) alakját: azaz tulajdonképpen a pedagógiai, nevelési módszerek medikalizálódása történt.

A XVIII. századi nevelésméleti diskurzus a gyermek egészséges felnevelésének szereplőit stratégiai okokból kizárólag a szülő-gyermek kettősre redukálta. Ezzel a gesztussal kiszorították a polgári és arisztokratikus családmódelekben megjelenő, a nemi vágyat esetlegesen felébresztő, kívülről a család életébe „behurcolt” nevelőket (szolgák, dajkák, lakájok stb.). Foucault maga is több szöveghelyen hangsúlyozza, hogy a „szexualitás sötét tébolya” a XVIII. században nagy számban érintette többek között az inasokat és a nevelőtanárokat. „[Ő]k állnak a fegyelmi bizottságok előtt, ők népesítik be a javítóintézeteket, a fegyenctelepeket, a bírósági tárgyalótermeket és tébolydákat; ők viszik a gyalázatukat orvoshoz, a betegségüket a bíró elé” (Foucault 1999, 43). A „szexuális perverzió” születése során tehát nemcsak a maszturbáló, „fejlődési zavarában” szenvedő serdülő, hanem az ön-

⁵ Onanizáció: önkielégítés.

kielégítés tárgyául *konstruált* (!) külső személyek is bekerültek a felügyeleti szigorot gyakorló orvostudomány látókörébe.

Szegedi Gábor az önkielégítés medikalizációjának és demedikalizációjának magyarországi történetéről szóló kutatásában (2016) Foucault-ra támaszkodva fontos megállapításokat tesz, mint például, hogy a maszturbáció medikalizációjának megértéséhez fontosabb feltárnunk a háttérben működő *diszkurzív hatalmi rendszer* tulajdonságait, amelyről kimutatható, hogy tudatosan szította a polgári családok szüleiben a gyermekük egészséges testi-lelki fejlődését szem előtt tartó pszichoszociális védelmi mechanizmusokat. Ennek eszköze a szülők gondoskodásának módszeres kikényszerítése volt, hiszen a gyermekkori önkielégítés veszélyeiről szóló narratíva azt is közvetítette, hogy a bűnös gyermek mellett „ők maguk is bűnösök, ha nem nyitják ki szemüket; figyelmeztették őket a vissza-visszatérő veszélyre; előírták számukra a teendőket, átértelmezték a pedagógiájukat, egy egész orvosi-szexuális uralmi szervezetnek fektették le így az alapjait” (Foucault 1999, 45).

Összességében elmondható, hogy a XVIII. századra kialakult diszkurzív (tehát az élet menetének törvényeit intézményesen újrairó) hatalom a pedagógiai és egészségnevelői narratívák ötvözésével nemcsak a testi gyönyör felfedezését gyakorló serdülők, hanem az egész család életterébe beszivárgott, majd gyökeret eresztett a nevelési irányelvek reformjai által. Az újszerűen kialakult orvosi narratívába ágyazott kontroll alkalmazása nem más célt szolgált, mint hogy a szülők kezébe jól használható, könnyen hozzáférhető pragmatikus eszköztárát adja annak a társadalmi programnak az eléréséhez, amellyel a gazdasági és politikai erőforrásként felfogott közösséget produktív, termelő és mindemellett talán a legfontosabb, hogy a hatalom képére formált és általa ellenőrizhető gyermekekkel tudja újratermelni.

A medicina – mint a spekulatív előfeltevésektől és fogalmaktól megfosztott, empirikus alapokon nyugvó pozitív tudomány – racionalizált *nyelvezete* kiváltképp alkalmas volt arra, hogy az emberek a szexualitásról ne a „morál, hanem az észszerűség magasából”, vagyis a természettudományos „Ész” által tüzelt biológiai, lélektani és pedagógiai *terminus technicus*-ok felhasználásával beszéljenek, és próbálják azt uralni. Ahogy arról többek között a magyar származá-

sú pszichiáter, Thomas Szasz is ír *The Medicalization of Everyday Life* (2007) című kötetében, a maszturbáció feltételezett egészségkárosító következményeinek (pl. epilepszia) megelőzése céljából, már az 1800-as évek végétől alkalmaztak invazív orvosi eljárásokat is, egészen az 1900-as évek közepéig. A leggyakoribb ilyen beavatkozás a férfiak körülmetélése volt. Az előbőr sebési úton való eltávolításához a XIX. században gyakorta társult az a koncepció, miszerint az orvosok bátran támaszkodhatnak erre az eljárásra, hiszen a legkülönbözőbb betegségek (epilepszia, vízfejűség, alultápláltság, tuberkulózis, agyhártyagyulladás, csontszövet sorvadása) kezelésében is hatásos lehet (Szasz 2007). Azáltal, hogy a hatalom az életet is veszélyeztető rizikóként jelenítette meg az önkielégítést, legitimálta az orvosi eszköztár egészének felhasználását. Ez tovább erősítette annak látszatát, hogy a XVIII-XIX. század társadalmainak az önkielégítő kiskorú képeiben valós orvosi és társadalmi problémával volt dolguk.

Foucault, egy, a *Collège de France* falai között 1975-ben tartott előadásában (Szaszhoz hasonlóan) azt hangsúlyozta, hogy a maszturbáló serdülőkről szóló diskurzus nem annyira moralizáló, mint inkább szomatizáló és patologizáló formában született meg. Az ebben az időben már a *Collège* professzoraként alkalmazott Foucault előadásában a medikalizáció szomatizáló aspektusát „totális betegség fikciónak”, máshol „tudományos konfabulációnak” nevezi (Foucault 2020, 237). Vizsgáljuk meg Foucault tézisét részletesebben!

A XVIII. század tudományos álláspontját a maszturbáció egészségkárosító, fizikai és szellemi leépüléssel járó, majd halálhoz vezető veszélyeiről kampányszerű írásos és vizuális segédanyagokkal is igyekeztek alátámasztani. Az orvosi tankönyvekben lassanként meghonosodott a maszturbáció „mint az összes elképzelhető betegség lehetséges oka”, és „a különböző betegségek kóroktani táblázatának állandó tagja” lett (Foucault 2020, 235). A szomatizáció körül létrehozott társadalmi nyilvánosság a közbeszéd részévé tette azokat a tüneteket, amelyek hozzájárultak ahhoz, hogy a fiatalemberekben és ifjú hölgyekben kialakuljanak bizonyos, a bűnös lelkiismeret által előhívott „hipochonder képzelgések”. A propaganda által leigázott társadalomban néhány évtized alatt már minden tünet e „bűnös” szokáshoz kapcsolódott, és minden tekintet ezt kereste.

Az önkielégítés felügyelet alatt tartása tehát preventív és kuratív szempontból is egyaránt lényeges stratégiai részét képezte a XVIII. század közgazgatási rendjének. Ezen a ponton érkezünk el Foucault egyik igazán lényeges gondolata, az úgynevezett „*repressziós hipotézis*” cáfolatához. Mint érvel, a rendfenntartás alapja nem lehetett a *szexuális szokások elhallgatása*, vagy a nemiséget korlátozó nyelvi szemérem. Éppen ellenkezőleg! Foucault hangsúlyozza, hogy bár a nyelvi közlést ellenőrzés alatt tartották, hiszen „kodifikálták a metaforahasználat retorikáját”, azaz megszabták, hogy a testiség milyen nyelvi és fizikai keretek között tárulhatott fel, ez azonban nem vezetett el a szexualitásról szóló diskurzus spontán befagyásához, vagy módszeres befagyasztásához. A *Tudás akarása* (1999) fejezeteiben Foucault épp ellenkező hipotézissel dolgozik, vagyis hogy a *szexualitás történetének repressziós hipotézise* téves. Foucault tehát annak a tételnek az igazolására törekszik, hogy már a XVII. századi kereszténység szexualitétikájának is része volt az egyén szexualitásának szervezett keretek közé zárt diskurzussá formálása, és a társadalom kikényszerített „beszéltetése”. Egy diskurzus (*discours*) Foucault értelmezésében önmagánál fogva is olyan hatalmi keretet nyújt, mely körülhatárolja, hogy az egyénnek egyes témákról milyen nyelvi eszköztár által, hol és kiknek lehet vagy éppen kell megszólalnia, ami természetszerűleg repressziót (lehatárolást) is jelent. Foucault felhívja rá a figyelmet, hogy a tradicionális keresztény lelkipásztori gyakorlat diszkurzív keretei mellett a XVIII. századra a szexualitásról meghonosult egy patológiázó, új beszédforma is: a maszturbáció orvosi-élettani narratíváját előnyben részesítő hatalom nyelvi eszközei új lendületet adtak a nemi fejlődés és a szexualitás *normalizációjának*.

A maszturbációellenes propaganda eszközeként új irodalmi műfajként megjelenhetett a „beteg által írott levél”, amelyeket feltételezhetően orvosok (is) írtak. Az egyik ilyen szöveget, amit eredetileg Tissot közölt az 1760-as években, Foucault hosszabban idézi, majd a végén maró gúnnyal csapja agyon:

„Ez a szokás a legborzalmasabb helyzetbe taszított. A legkisebb reményem sincs rá, hogy még éljek néhány évet. Mindennap rémület fog el. Látom a halált nagy léptekkel közeledni [...] Amióta [rossz szokásomra szert

tettem – M. F.], olyan gyengeség kerített hatalmába, amely egyre csak fokozódott. Reggel, amikor felkeltem [...] szédület fogott el. Végtagjaim összes ízülete egy rázkódó csontvázéhoz hasonló zajt hallatott. Néhány hónappal később [...] reggel, az ágyból kikelve, mindig vért köptem, és az orromból is vér eredt, vagy folyékony, vagy részben alvadt formában. Olyan idegrohamaim voltak, [utalás a hisztériával való komorbiditására – T. G.], amelyek nem tették lehetővé, hogy megmozdítsam karjaimat. Sokszor szédültem, és néha fáj a szívem. A belőlem távozó vér mennyisége [...] egyre csak növekszik [és ráadásul egy kicsit náthás is vagyok! – M. F.]” (Foucault 2020, 237).

Foucault archeológiai elemzésének tehát egyik legfontosabb eredménye, hogy rámutatott a repressziós hipotézis konceptuális hibáira. Tévedés, hogy az orvos előtt feltárulkozó gyermek vagy éppen a család, valamiféle általános csendet tört volna meg a XVIII. században, inkább a nyelvi és módszertani eszköztár tökéletesítése történt. A medikalizáció mint diszkurzív hatalom nem szabadította fel néma titkolózásai alól a modern társadalmakat, csak átkeretezte a feltárulkozás alapkérdéseit: „hol és mikor tilos a nemiségről beszélni; pontosan hol, milyen beszédhelyzetekben és milyen társadalmi viszonyok közepette” (Foucault 1999, 19).

Végso soron mi a célja a szexualitásról szóló „beszédre bujtogatásnak”? Tekintsük át pontokba szedve mindazt, ami hozzásegít minket annak megértéséhez, hogy miért a maszturbáció, majd egy szűk évszázaddal később a homoszexualitás tematizálta a modern polgári társadalmak diskurzusait, nem pedig a tyúkszem vagy az aranyér. A szexualitás persze a tyúkszemnél (és az aranyérnél is) jóval izgalmasabb, ráadásul ősi tabuk és rituálék által meghatározott jelenség, de ennél a nyilvánvaló kontrasztnál többről is szó van.

(a) A maszturbáció medikalizációja által kiépült megfigyelési stratégia célja, hogy a hatalom a felvilágosító, egészségnevelő célzatú beszédekkel *mindenhol*, és ennél is fontosabb, hogy *mindenkor* jelen legyen. A generációk körforgása állandó pszichoszexuális fejlődési dinamikájával predesztinálja azt, hogy az önkielégítés nagy számban és időtlenül újra és újra ismétlődjön. Így, a közösség felé közvetített cél, vagyis a „probléma” mihamarabbi megszüntetése

nem volt más, mint egyszerű félrevezetés. A hatalom valódi érdekét szolgáló cél a „bűn” végtelenségbe nyúló *kreációja* által kiépíteni a felügyelet időtlen hálózatát, amelynek a maszturbáció egy praktikus és nagy számban újra és újra megjelenő eszköze volt. Mint azt Foucault hangsúlyozza, a hatalom „nem intézmény, nem struktúra, nem valamiféle erő, amellyel egyesek esetleg meg vannak áldva”, hanem „az a név, amellyel egy adott társadalomban egy bonyolult stratégiai helyzetet megjelölnek” (Foucault 1999, 93), így az mint univerzálé nem létezhet reálisan, vagyis narratíváinktól függetlenül.

A XVIII–XIX. század központi narratívái meglehetősen tudománycentrikus és technokrata berendezkedésűek voltak. A hatalom és a tudomány pedig elválaszthatatlanul összefügg egymással Foucault életművében. Ennek magyarázata, hogy bár a szuverén, a kormány vagy bármely „influenster” törekedhet egy személyben a közbeszéd befolyásolására, de sikerét nem a hozzá kapcsolódó *politikai-közjogi státusz* szavatolja. *A hatalom annak pragmatikus képessége, hogy megváltoztassa a nyelvet, amely az élet minden területét átjárja.* A hatalom annak a kezében van, aki képes a nyelvi eszköztár olyan irányú manipulációjára, mely az ember egész életterét meghatározza. Ki vagyok én? Miért élünk? Mi a társadalom? Mik a céljaim? Foucault felfogásában a medikalizált társadalmakban működő hatalom nem az orvosok, csendőrök, nevelők által instanciált univerzálé, hanem szövevényes diszkurzív „támaszpontok” által, oksági képességgel felruházott mátrix, melyet diszkurzív eszközökkel, mesterségesen életben is kell tartatni (Módos – Sutyák, 2012). Ennek érdekében kézenfekvő volt a szexualitás azon szegmenséből válogatni, amelyet más diszkurzív környezet, vagyis a zsidókeresztény szexualitika korábban „bűnös cselekedetként” bejáratott, és közösségének tagjait intézményesítve (gyóntatószékben) *vallatta* is róla.⁶

(b) A hatalom az egyén önértelmezését is alapjaiban véve meghatározta, hiszen az ember mint szubjektum, a XVIII–XIX. század hatalmi interpretációjában maga volt a szexualitás, állítja Foucault.

⁶ A homoszexualitás vonatkozásában részletesen reflektáltak a keresztény gyónás nyelvi szertartásából az orvosi diskurzus identitásformáló átmenetére, lásd 21–22. oldal.

Azt feltételezték, hogy az ember és szexuális szokásainak egylényegisége mindent elárul az *emberi természetről*.⁷ Mint ahogy korábban kiemelttem, Foucault hatalomfelfogásának fontos eleme, hogy a hatalom nem a deviáns szexuális szubjektumok elhallgattatására, elkenőzésére és kiirtására törekszik. A megszelídítés és a kontroll egyik elsődleges eszköze a racionalizáció, a „csakazértis” megértés, amely előhívja a hatalom és a tudomány organikus egyesülésének szükségét. A személyek „állandó valósággal” való felruházását az orvosbiológia nozográfiai (betegségosztályozó) eszközei segítették. Kialakulhattak ezáltal a *homoszexuális férfiak, a maszturbáló serdülők, a voyeristák, nimfomániások* egzisztenciális arculatai, akik ezek nélkül a proposíciók nélkül, önmagukban értelmezhetetlenek voltak. Módos Ádám és Sutyák Tibor rámutatnak, hogy Foucault szerint ezek a mesterségesen előállított típusok nem valamilyen univerzális, megváltoztathatatlan, immanens adottságokat jelenítenek meg. A szubjektum radikálisan téridőbeli konstrukció, nem pedig transzcendens entitás (Módos – Sutyák 2012). A XVIII. századi polgári társadalmakban a diszkurzív hatalom törése következett be, amikor is a kánon- és egyházjogi polimorf (többféle eszközzel operáló) felügyeleti eszközök helyét új valóságábrázoló szisztéma, vagyis a medikalizáció keretezte át. A szexuális szokásokat egymástól szisztematikusan elkülönítő diszkurzív gyakorlatok a perverziók jól dokumentált tárházát hozták létre, ezáltal a szubjektumok intézményesített rendjét is újrateremtették.

A maszturbáció és a homoszexualitás demedikalizációjának lehetőségét ennek a tézisnek a tükrében magyarázhatjuk Foucault szubjektumfelfogásával is, hiszen a pszichoanalízis és az „autonómia” libertárius szlogenjét zászlajukra tűző emberi jogi mozgalmak képében jól látszódnak a XX. században megfigyelhető *diszkurzív töréspontok*. Ennek oka, hogy – amint azt korábban hangsúlyoztam – az individuumok mint pozicionális szubjektumok, radikális tér és időbeliséggel rendelkeznek, amelyeknek alapvető tulajdonságait a már említett oksági képességekkel rendelkező hatalmi intézmények kijelentései hozzák létre, vagy éppen tüntetik el. A hatalmi intézményeknek on-

⁷ Foucault több vonatkozásban is ennek az állításnak a cáfolatára vállalkozott.

tológiai alapsajátossága (minden igyekezetük ellenére is) a radikális téridőbeliség, amivel magyarázhatjuk a hatalmi diskurzusok cserélődését is (pl. a maszturbáció lelkipásztori ellenőrzésének irányából az orvosiba való átfordulást).

(c) A Foucault által bemutatott hatalmi stratégia meghaladja a klasszikus polimorf felügyeleti stratégiákat, amelyeknek jogi és egyházi kánonra épülő tilalmai a hálósoba és a gyóntatófülke négy fala közé kényszerítették a szexualitást. A modern hatalom szerteágazó diszkurzív térben vallat, és a beszédre való ösztönzés a perverzió medikalizációja által hozzájárult a kontroll diffúz, vagyis több szektorban (pedagógia, orvostudomány, pszichológia) működő elmélyítéséhez. A beszéltetés által kijelölhetővé váltak a normalitás (egészség) és abnormalitás (betegség) referenciapontjai. Ennek térbeli nukleusza maga az új hatalmi igényeknek megfelelően normalizált polgári család lett, amelyet Foucault az élvezet és a hatalom bonyolult, de jól formálható hálózataként az alábbi módon jellemez:

„[E]bben az erősen tagolt hálóban át lehet alakítani a háló különféle csomópontjai közti viszonyokat. A gyerekek és felnőttek elválasztása egymástól, a szülői szoba és a gyerekszoba szembeállítása, [...] a fiúk és a lányok viszonylagos elkülönítése, [...] a növekvő érdeklődés a gyermekkori szexualitás iránt, az önkielégítés feltételezett veszélyei, a pubertáskor újonnan felfedezett jelentősége. [...] a titkok és könnyek, a cselédek egy-szerre felértékelte és rettegett jelenléte...” (Foucault 1999, 49).

Az otthon mint biztonságot és egészséges testi-lelki környezetet adó helyszín egyben optimális gyermekfelügyeleti tér is volt. A XIX. század közepén ez a „szentély” a külső tér számos apokrifnak mondható rítusa és démonja által rövid idő leforgása alatt veszélybe került. A hatalom narratívájában az *otthontól való távolság* immanens megjelenítője lett a szexualitás elvadulásának, és – Foucault terminológiáját használva – a szexuális túltelítettség lehetőségének. A normalizált szexuális környezetnek (domesztikált) térbeli, szokásbeli és hierarchikus struktúrája köszönőviszonyban sem volt a szétforgácsolódott, a modernitás többé-kevésbé új társadalmi helyszínein (börtön, kórterem, osztályterem stb.) megfigyelhető viszonyokkal. A limitált

felügyeleti lehetőségek miatt feltételezték, hogy ezeken a helyeken könnyebben kibontakozhatnak a gyönyör élvezeti módusait perverzióként megkonstruált szexuális másságok, amelyek paradoxnak tűnő módon a hatalom éltetőiként is szolgáltak. Ezért hangsúlyozza Foucault, hogy a gyönyör és a hatalom voltaképpen egymást kergetve erősítik fel egymást. A normalizáció során kijelölt normális társadalmi struktúra életben tartásának alapfeltétele az abnormális univerzummal szemben konstruált „ördögűző” öngazolás.

Foucault-nak a szexualitás archeológiája által feltárt hatalomértelmezése számunkra tehát azért különösen fontos, mert rámutat, hogy összességében téves az a koncepció, mely a modern ipari társadalmak represszív attitűdjét, szemérmes, tabuizáló hallgatásként állítja be. A hatalom saját érdekéből hozzájárult a szexuális patológiák genealógiájához. Érdeke tehát nem a „szexuális perverziók” eltüntetése, hanem folytonos aktuálissá tétele volt.

A XX. század pszichoanalitikus mozgalma bizonyos tekintetben mégis fordulatot hozott a maszturbáció patológizáló narratívájában. Többek között Sigmund Freud pszichoszexuális fejlődésmélete is hozzájárult az önkielégítés demedikalizációjához annak szorgalmazása által, hogy az orvosi diszkurzív kereteket, vagyis a szomatizációt egy integratívabb, pszichologizáló nyelvi eszköztár vegye át. Ennek részeként a maszturbáció igen fontos eszközként jelenik meg, amely Freud értelmezésében a felnőtté válás során elősegíti a reprodukciós célok interiorizációját (belsővé tételét), végső soron pedig a pszichoszexuális fejlődés révén hozzájárul a heteroszexualitás normalizációjához is. A demedikalizáció zárófejezetei között tartják számon Alfred Kinsley két kötetét is, amelyek az 1950-es években szembementek Freud azon tézisével, miszerint az önkielégítés felnőttkori előfordulása a szexuális fejlődés befejeztével megszűnik. Szegedi kiemeli, hogy a maszturbációt medikalizáló narratíváknak végérvényesen csak a hetvenes évek ellenkulturális mozgalmi vetettek véget azáltal, hogy „leszbikus és meleg, illetve feminista szerzők politikai üggyé tették az önkielégítést, ami különféle (kiváltképp a klitorális) orgazmusok és az élvezet felszabadításáról szólt. A saját magamnak ajándékba adott élvezet, a bűntudat nélküli, a nyilvánosság által is elfogadott orgazmus az autonóm politikai szubjektum szinonimájává vált” (Szegedi 2016, 36).

Ezáltal az önkielégítésnek (valószínűsíthetően) végérvényesen megszűnt az orvosi értelemben vett abnormalitás zászlaja alatt felépült, tömegeket érintő patologizáló diskurzusa, amely, mint az összefoglalóban hangsúlyoztam, egyszerre több, pedagógiai, pszichopatológiai, szexológiai szintén is zajlott. Kovács József a maszturbáció betegségként való leírása kapcsán szintén kiemeli, hogy az önkielégítés története a medikalizáció iskolapéldájának tekinthető. Általa jól demonstrálható, hogy a keresztény szexualitika a maga mögött feltornyosult monumentális politikai és gazdasági erővel hogyan tudott egy morálisan helytelennek, bűnnek tartott emberi magatartást orvosi problémaként keretezni, és ezáltal széles körben ellenőrizni. Mint láttuk, a XX. század második felétől az új tudományos narratíva szerint a maszturbáció ártalmatlan, és a szexuális fejlődésnek elfogadott, normális szakaszának tekintendő (Kovács 2007, 3).

2.4. A HOMOSZEXUALITÁS MEDIKALIZÁCIÓJA ÉS DEMEDIKALIZÁCIÓJA

A maszturbáció medikalizációja és demedikalizációja után vizsgáljuk meg a férfiak sexualitásán belül talán még ennél is közismertebb demedikalizációs eredményt, amely a homoszexualitáshoz fűződik. A Mentális Betegségek Diagnosztikus és Statisztikai Kézikönyve, 1968 és 1987 között, először szexuális devianciaként, majd később *ego-dystóniás* betegségként majdnem húsz éven keresztül medikalizálta a világ társadalmainak egy jelentősnek mondható részét. 1987 óta azonban a homoszexualitás már nem része a DSM-nek, hanem az emberi sexualitás egyik egészséges variánsának számít. Ennek a változásnak a hátterében számos anti diszkriminációs polgárjogi mozgalom játszott szerepet, amelyek leszámoltak a zsidó-keresztény szexualitika erkölcs-telenséget és bűnt hangsúlyozó narratíváival (Kovács 2007, 2).

Foucault a homoszexualitás perverzióként való értelmezéséről is hosszasan írt a *Szexualitás története I.* kötetében, és az 1975-ben, a *Collège de France*-on tartott előadássorozatának is immanens részét képezte a szexuális irányultság medikalizációja. Az önkielégítés, akárcsak a homoszexualitás, a nemiség modernkori toposzaiként

megkerülhetetlen életjelenségek voltak Foucault számára annak a tézisnek az igazolásához, miszerint a nyugati kultúrákban a szexualitás a szubjektivitás alapjául szolgált, és életben tartotta a hatalom önigazoló-önteremtő mechanizmusát. A következőkben vizsgáljuk meg azt a folyamatot, hogyan vált a homoszexualitás a rólunk szóló *episztemikus* tudás tárgyává.⁸ Ennek megértéséhez segítségünkre szolgál Foucault azon tézise, miszerint a diszkurzív hatalom a szubjektum szexualitásában nem csak és kizárólag a „bűnös szokásokat” ismerte fel, hanem az *embertípusokat* is.

Foucault archeológiai-történeti elemzése lenyűgöző precizitással tette tárgyává a homoszexualitás medikalizációját. A szerző a szexuális perverziókról szóló szövegek között elmélyedve legkorábban Westphal 1870-ben megjelent cikkében találta meg a „*bűnös cselekedet bűnös természetű*” formálásának aktusát. „A homoszexualitás ugyanis, ne feledjük, csak attól fogva lett pszichológiai, pszichiátriai és orvosi kategória, hogy már nem a szexuális kapcsolat egyik típusának tartották, hanem inkább a szexuális érzékenység speciális formáját, a *férfiasság és nőiesség sajátos keverékét* látták benne” (Foucault 1999, 46).⁹

Foucault *A gyönyörök gyakorlása* című művében, azon belül is az „Erotika” című fejezetben értelmezi a görög antikvitás „fűszerelemhez” kapcsolódó koncepcióit (Foucault 2019, 191–239). Meglehetősen kevés antik szöveg maradt fenn, mely az azonos nemű személyek közötti élvezeti formákról írt volna. Ami viszont fellelhető, nagyrészt a szókratészi és platóni korpuszhoz kapcsolódik, így a szerző is ezeket elemezve fogalmazza meg téziseit. Ezek közül is talán az egyik legfontosabbat Xenophón *Lakomájának* az elemzésén keresztül fejti ki: a modernitással ellentétben a nők és férfiak szexuális aktusba való bevonását a görögök nem identitásteremtésként vagy értékválasztásként értelmezték. A történetben szereplő Autolükosz-

⁸ Az *episztemé* fogalma Foucault narratívájában egy jól körülhatárolt téridőbeli alakzatnak a tudományait jelenti, episztemológiai gyakorlatból konstruált mátrixként értelmezendő.

⁹ Foucault, 1999, 46. Akárcsak Platón idején, amikor is a „fűszerelem” problémájának forrása szinte kizárólag a férfi feminin, passzív viselkedési sajátosságaihoz társult (A dőlt betűs kiemelés a szerzőtől).

nak, a gyönyörű ifjúnak a tiszteletére ünnepséget rendezett Kalliasz, amelyen számos vendég, többek között nős férfiak és maga Szókratész is részt vett. Utóbbiak a lakoma végeztével szexuális viszonyt létesítettek Autolükosszal. Ehhez hasonlóan, a *Prótagorasz* című mű kezdetén is a Szókratész és Alkibiadész közötti homoerotikus vonzalomról szóló párbeszéd teremtette meg a Kalliklész meglátogatásának kontextusát, ahol végül a híres szofistával, Prótagorasszal találkozhattak. Hogy a (férfi) ember férfival vagy épp nővel élt nemi életet, semmilyen formában sem kapcsolódott hozzá az egyén egzisztenciális alapsajátosságaihoz, még kevésbé *biologikumához* vagy *természetéhez*. „A férfiakkal vagy a nőkkel való szexuális viszony nem jelentett osztályozási kategóriát, amely alá az egyéneket be lehetett volna sorolni” (Foucault 2019, 194). A vágy, természete szerint, a szépre, a kíváncsiságra irányult a görög felfogás szerint. Foucault nem mulasztotta el a modern kor, beleértve a XX. századot is, és az antikvitás közötti különbségeket kiemelni. Ezek *expressis verbis* a fiúszerelem megragadásában, a jelenségre való rákérdezésben mutatkoznak meg. „Az olyan elgondolásban, mint a miénk, a két azonos nemű egyén közötti kapcsolatra mindenekelőtt a vágy alanyának szempontjai felől kérdeznek rá: miképp lehetséges, hogy egy férfiban olyan vágy alakuljon ki, amelynek tárgya egy másik férfi? [...] A görögöket viszont nem a vágy érdekelte, amely egy ilyenfajta viszony létesítésére irányult, és nem a vágy alanya” (Foucault 2019, 230). Foucault amellet érvel, hogy a fiúszerelemről szóló diskurzus morális dimenziója a görögöknél tökéletesen illeszkedik abba a nagyszabású filozófiai programba, melynek során a részt (azonos nemű párok gyönyörkeresése) az egészhez (filozófiai erotika) próbálták illeszteni. A megoldás ennek fényében tehát a barátságnak (*philia*) mint társadalmilag értékes köteléknek az elérése volt, mely konceptuális értelemben sem represszív, sem felügyeleti dimenzióval nem rendelkezett (Foucault 2019, 230).

Ahogy arra már több vonatkozásban utaltam, Foucault a homoszexualitást és az egyéb perverziókat előállító, adminisztráló és felügyelő diszkurzív hatalom kibontakozásában nagy szerepet tulajdonított a szexualitásról szóló (pár)beszéd fragmentálódásának és pólusainak megváltozásának. Ez persze nem jelentette azt, hogy a diszkurzív

sokszínűség dekoncentráltá volna a XIX. századi hatalmat. Foucault hangsúlyozza, hogy a zsidókeresztény szexualitika óta a szexualitás feltárulkozásának felügyeleti és diskurzus előállító eszköze változatlanul a *vallomás* maradt. A szexualitásról szóló vallomástétel technikái azonban a XVIII. és XIX. század fordulójára nemcsak a szókészlet, hanem funkcionális és térbeli viszonyaikat tekintve is jelentősen megváltoztak. A legszembevetőbb változás a szexuális magatartásról szóló nyelvi eszköztárban állt be. Az intézményesített identitásteremtés az orvosi szomatizáló és pszichologizáló diskurzusával lassanként meghonosította, hogy a beszéd tárgyát (homoszexuális tettek) magával a beszélővel (homoszexuális szubjektum) azonosítsák. *Foucault szubjektum- és hatalomértelmezésén keresztül rávilágított, hogyan vált a vallomástétel eszköze egy nagyszabású identitáspolitikai kiszolgálójává.*

A nemi életéről való kötelező vallomástétel a medikalizációt megelőzően megfigyelhető szertartásos erejét Foucault az alábbi módon foglalja össze. „A vallomás olyan nyelvi szertartás, amelyben a megnyilatkozó alany *azonos a megnyilatkozás tárgyával*,¹⁰ olyan szertartás, amely egy hatalmi viszonyban teljeseedik ki, mivel a vallomástevőnek nélkülözhetetlenül szüksége van egy társ (legalábbis virtuális) jelenlétére; ez a vallomást megkövetelő fórum képviselője – kényszerít, értékel, ítél és büntet, feloldoz és megbékít” (Foucault 1999, 63). A vallomástétel etikai dimenziója kettős, ugyanis jelentősége egyrészt az *identitásképzésben*, másrészt *szakrális, feloldozó-üdvözítő* erejében van. A gyógyás identitásképző technikáját első sorban az egyénnek, mint szexuális szubjektumnak a vallomásában megjelenő, normálisként és abnormálisként dekódolt viselkedésgyegyek irányítják. Amellett, hogy az egyén a vallomástételi kötelezettségének eleget téve identitásának velejéről nyilatkozik meg, a befogadó (gyóntató) reakciója által egy ültő helyében feloldozásban is részesülhet, amely a „beszédre-bujtogatás” fontos motivációjaként is szolgált.

A medikalizáció identitáspolitikája azonban másként működik. Bár a szexualitásról szóló *tudományos* diskurzus továbbra is a normalitás és abnormalitás, helyes és helytelen, egészséges és deviáns

¹⁰ A szerző kiemelése.

bináris oppozíciókat használja, a vallomások rituális szerepe szinte teljes mértékben megszűnt.¹¹ A vallomást a XVIII. és XIX. században aktívan hallgató egészségügyi szakemberek feladata már nem a bűnbocsánat közvetítésére, csak a precíz dokumentációra (és később az elzárásra) korlátozódott. Figyelmük elsődleges motivációja összességében annak a nagyszabású igazságleíró projektnek vált kiszolgálójává, amelyet Foucault az *ars erotica* irányából a *scientia sexualis* irányába való fordulatként értelmez, amely megkövetelte a korábbi episztemológiai diszpozíciók radikális átalakulását is (a lelkipásztorból az orvosi gyakorlatba).

A *scientia sexualis* Foucault számára azért igazán különleges, mert abban soha addig nem látott módon ötvöződnek a bűnbocsánat vallatási technikájának sajátosságai a XIX. századi tudományos diszkurzivitással. Mit eredményez mindez a szexuális perverziók medikalizációjának, különösképpen a homoszexualitásnak a vonatkozásában? Könnyen beláthatjuk, hogy az intézményesített vallomás medikalizált gyakorlata miben hozott változást a korábbiakhoz képest. A keresztény szexuáletika írott és íratlan normáival összeférhetetlen, deviáns szexuális magatartást megélő egyén beszámolója a bűnbocsánatot gyakorló személy, és az arc nélkül feltárulkozó érintett közötti bizalmas információ maradt. *A felek kapcsolati dinamikáját a titoktartás által körülvengett, atya és tanítójellegű paternalista pedagógia bocsánatgyakorló és tanító struktúrája jellemezte. A medikalizált vallomás azonban nem elégszik meg a bizalmas légkörben kicsikart vallomással, hanem tudományos igényességgel létrehozta a deviáns szexuális magatartások archívumát is.* „Ez az [keresztény – T.G.] archívum azonban jó ideig létrejöttével egy ütemben semmisült meg. És úgy tűnt el, hogy semmi nyomot nem hagyott maga után (így kívánta a keresztény gyónás intézménye)¹², mígnem az orvostudomány, a pszichiátria meg a pedagógia kísérletet nem tett a megőrzésére: Campe, Salzmann, majd főleg Kaan, Krafft-Ebing, Tardieu, Molle és Havelock Ellis, mind-mind sokat fáradoztak azon, hogy

¹¹ Nyelvünk azonban ránk is áthagyományozta a melegközösség „előbújásának” és „bevallásának” aktusait, amelyhez gyakorta morális felelősséget is társítunk, mondván: „Aki meleg, ne titkolja, hanem álljon elő melegségével!”

¹² A szerző kiemelése.

összegyűjtsek a szexuális másság szegényes költségzetének dokumentumait” (Foucault 1999, 65).

A homoszexuális, mint *embertípus* létrehozásának pontosabb megértéséhez Foucault genealógiai nézőpontjából további két kérdést kell körüljárnunk, amiket a maszturbációról szóló diskurzus szabályszerűségeinek kapcsán is megtettünk:

(1) Melyek azok a társadalmi események, intézmények, nyelvek vagy diskurzusok, amelyek hozzájárultak ahhoz, hogy a homoszexualitás embertípusa kialakuljon?

(2) Melyek azok a társadalmi események, intézmények, nyelvek vagy diskurzusok, amelyek hozzájárultak ahhoz, hogy bár a XIX. században számos szexuális perverziót nyilvántartottak, mégis a homoszexualitás lett az, amely ezek közül fennmaradt (McWorther 1994)?

Foucault válaszai két egyaránt fontos és párhuzamosan végbemennő változáshoz kapcsolódnak, amelyek együttesen segédkeztek a szakrális felől a diszkurzív, medikalizált hatalmi irányba való átrendeződéshez. Első megközelítésben fontos tudnunk, hogy a XIX. századi politikai erőter erődemonstrációs célból elvárta, és számos eszközzel facilitálta a népességnövekedést, ami mint fontos stratégiai kérdés, kollektív, intézményes (népesedéspolitikai) támogatást élvezett akkor is (és élvez ma is). Foucault indoklásának második tétele a biológia tudományán belül végbement konceptuális átalakuláshoz kapcsolódik, amelynek során az organikus és inorganikus létezők szembeállítását meghaladva létrejöhetett az *életfogalom* (*organizmus*) szaktudományos, biológiai kategóriája. A szexualitásnak, azon belül is a homoszexualitásnak a medikalizációját vizsgáló szakirodalomban két egymáshoz szervesen kapcsolódó szöveghellyel szokás alátámasztani azt a folyamatot, amely végső soron elvezet minket Foucault hatalomkoncepciójának kulcsfogalmához, amelyet *biohatalomnak* nevez. Ezek közül az egyik rámutat arra a stratégiai átalakulásra, aminek során a zsidókeresztény szexuáletika egyházi keretek között a heteroszexualitást normalizáló mechanizmusát lassanként kiegészítette az orvostudomány „szamaritánusi” jóakarata: „Ilyenformán elmondhatjuk, hogy a halálba küldeni és az életben hagyni ősi jogát hovatovább egy másik jog váltotta fel, az *élni segí-*

teni¹³ és a halni hagyni joga” (Foucault 1999, 138). Foucault felismerése rámutat arra, hogy a halál feletti uralom összességében nem volt *totális* uralmi pozíció. Az *élet feletti uralom* irányába történő terjeszkedése a társadalom normalizációja révén azonban abszolút uralmi potenciált rejt magában.

Milyen főbb hozadéka volt a szexualitás normalizációjának a viktoriánus korban? A *Tudás akarása* már az első hasábjain azzal a felütéssel kezdődik, miszerint a buja, obszcén és szemérmetlen XVII. század két évszázad alatt belesüppedt a „viktoriánus polgárság egyhangú éjszakáiba”. Létrejött a családnemzésre korlátozott szexuális élet mint új norma. Abnormálissá, természetellenessé és végül büntetni valóvá vált ezzel szemben minden „öncélú szexualitás”, tehát a gyönyör *nem reprodukciós célból való átélése* (Foucault 1999, 7). A szexuális devianciák közé sorolt magatartások, köztük a homoszexualitás is, az optimális születés-halálozás arányszám elérésének biopolitikai, stratégiai áldozataivá váltak. Beláthatjuk, hogy medikalizációjáért nemcsak a tradicionális szexuáletikai kánonnal való összeférhetetlenség a felelős, hanem egy jól körvonalazható biopolitikai érdeksérelem is, hiszen a „férfiszerelem” hátráltatta az alapvető népesedéspolitikai, azaz *biohatalmi* érdekeket is.

A XIX. század tudományos fejlődése a biológia diszciplináris előretörésével továbbra is arra törekedett, hogy megtalálja azt a tudományos módszert és nyelvet, amely leginkább alkalmas lehet az *igazság diskurzusának* megteremtésére. Foucault tudományterületeken átívelő tájékozottságának köszönhető annak a felismerése, hogy a szexuális perverziók medikalizációjára épülő identitáspolitikai milyen akkurátusan illeszkedik bele az ember antropológiai alaptulajdonságainak és tudományfilozófiai célkitűzéseinek történelmen átívelő láncolatába. Ennek retorikai lenyomata a *Szexualitás története I.*-ben az a szöveghely, amelyet Arisztotelész parafrázálásának is tekinthetünk. Ez pedig nem más, mint Foucault-nak az a felismerése, miszerint a nyugat-európai ember nemcsak hogy *zoon politicón* (társas lény), hanem sokkal inkább „*vallo mástevő állat*”. A XIX. század a tudományevolúció azon időszakának kezdete, amikor az ember

¹³ A szerző kiemelése.

társadalmi és interperszonális öngazolása perifériára szorult. „Az egyén sokáig csak a többiekre való hivatkozással, illetve a többiekhez fűződő kapcsolatának (család, hűbéri kötelék, valakinek a pártfogása) megjelenítésével hitelesítette önmagát [...] Az igazság bevallása tehát a hatalom által kezdeményezett individualizáló eljárások szerves részévé, sőt, központi elemévé vált” (Foucault 1999, 59).

A *homo sapiens sapiens* XIX. századi ontológiai alapállása tehát az *önmagáról vallomást tevő állat*. Ennek felderítésére egy jól szervezett „vallomástudomány” létesült, amelyet Foucault ekképpen határozott meg: „Az a tudomány, amely a vallomástétel szertartásaira és a vallomás tartalmára épít...” (Foucault 1999, 66). A vallomástudomány talán legfontosabb tartalmi komponense a „bevallott bevallhatatlanság”, aminek paradoxonját Foucault egy metatudományos és nyelvfilozófiai kérdésfelvetésben ragadta meg. „Elméleti és módszertani paradoxon: hosszadalmas viták arról, vajon meg lehet-e alkotni a szubjektum tudományát, vajon mennyiben tekinthető érvényesnek az önvizsgálat, az átélt élmény evidenciája, vajon hozzáférhet-e a tudat önmagához [...] vajon alkalmas-e a vallomás régi jogi-vallási modellje arra, hogy kifejezhesse az igazságot, vajon alkalmasak-e a tudományos nyelv szabályai a vallomás kierőszakolására” (Foucault 1999, 66)?

A biológiának és a természettudományoknak a XIX. században végbement felértékelődése a vallomástétel eszközén keresztül megkísérelte az embert objektív és tényszerű megfigyelés tárgyaként leírni. Mivel a biológia az organikus és inorganikus oppozíciókat felhasználta, lehetővé vált a biológia diszciplináris kereteit felhasználó tudományos diskurzus kibontakozása, mivel az embert a természeti környezet részeként fogta fel. Milyen biostatistikai alapfogalmakon keresztül írható körül egy organizmus? „Az organizmusnak funkcionális rendszerei, növekedési és hanyatlási ciklusai vannak; így alkotórészei nem csak térbeli elrendeződésben, hanem elsősorban időbeli kapcsolatban állnak egymással. Egy organikus test esszenciális értelemben véve egy fejlődés (*process*) alatt álló test” (McWorther 1994, 51). A tökéletesnek vélt vallomástételi nyelvi eszköztár egymáshoz fűzi az egyén testi-lelki-szociális komponenseit és azokat egy medicalizált értékrend szerint szintetizálja. A szintézis eredménye egy bio-

hatalmi, a szubjektumot és az egész társadalmat alapjaiban meghatározó (adminisztráló, felügyelő, teremthető) mátrix.

Foucault a pszichiátria hatalmi működésének archeológiai vizsgálatát feltáró *Bolondság története* (1961) című kötetében így ír az újfajta hatalmi erőviszonyokról: „A nyugat-európai ember lassanként megtanulja, mit jelent, hogy eleven faj az eleven világban, hogy van teste, vannak életkörülményei, van várható életkora, egyéni és kollektív egészsége, vannak módosítható erői, és hogy van egy olyan tere, ahol a lehető legkedvezőbb módon el lehet osztani ezeket az erőket.” Ez a hatalom számára kedvező biopolitikai érdekeket szolgáló konstelláció alakult ki a XIX. században azáltal, hogy a szubjektumot a szexualitás különféle dimenzióiból megkomponálta. Foucault így folytatja: „Alighanem ez az első alkalom a történelemben, hogy az ember biológiai meghatározottságai visszatükröződnek a politikában; az élet ténye már nem az a megközelíthetetlen talapzat, amely csak időnként bukkan fel, a halál és a végzet kiszámíthatatlan szeszélyei szerint, hanem bekerül a tudás meg az élet folyamataiba beavatkozni kívánó hatalom hatókörébe is” (Foucault 2000a, 147). Mindezek tükrében válik igazolttá, hogy a XIX. századi identitáspolitikai apránként egy újfajta társadalomszervezési vállalkozás, a *biopolitika* hatása alá került.

A biohatalom számára jól látható szervezőelvek mentén, racionalizált, tudományos diskurzus felhasználásával tárul fel a szexuális szubjektum és a társadalom egésze. Mivel egy organizmus téridőben létező, így beilleszthető valamilyen célokság által vezérelt fejlődéstörténetbe. Az ember ennek tükrében válik normálissá vagy éppen abnormálissá. A biohatalom nem tett mást, mint felhasználta az ember fiziológiai, főként nemi sajátosságait, és normalizálta (elfogadható és elfogadhatatlan keretbe zárta) azokat. Foucault elvitathatatlan érdeme, hogy felismerte, a biológia deskriptív (leíró) tudományos működése mellett előtérbe került annak preskriptív (előíró) programja is. Az organikus fejlődés normalizációja ugyanis megteremtette a lehetőséget, hogy a hatalom cselekvési alternatívákat dolgozhasson ki azokra az esetekre, ha az egyén abnormális fejlődési ütemei jelentkeznének. A biológia és az orvostudomány tehát normalizáló tudományterületek, amelyek specializációik által, pl. a szexo-

lógia és a pszichiátria segítségével létrehozhatták a homoszexualitást, mint betegséget.

Az önkielégítő és homoszexuális egyének a saját biológiai sajátosságait kihasználva váltak biopolitikai eszközzé, miként a hatalom létrehozta a testi működéseknek, különösképpen a szexualitásnak a normalizációs eszközeit. Ez a hatalmi törekvés egy monumentális vállalkozás, amely látszólag tehát nemcsak az egyén, hanem az egész faj boldogságának és túlélésének rendelődött alá. „A szexualitás egyszerűen nyitja meg a testhez és a faj életéhez vezető utat. Szabályozó elvként használják, úgy használják, mintha valóságos öntőformája volna a fegyelmezés különféle formáinak. Ez a magyarázata annak, hogy a XIX. században az élet legapróbb eseményeiben is ezt keresik, hogy ezt üldözik a viselkedésformákban, s ezt kutatják az álmokban; de még a legenyhébb tébolyban is a szexualitásra gyanakodnak, sőt, még kisgyermekkorban is ki akarják mutatni a jelenlétét; olyannyira, hogy a szexualitás lesz a személyiség monogramja, ez teszi lehetővé a személyiség elemzését és nevelését” (Foucault 1999, 146). Ennek a vállalkozásnak a mecénása az orvostudomány, bevonódásával megalkotta a szexuális szubjektumról szóló biopolitikai diskurzust.

Konklúzióként fontos kiemelnünk, hogy a homoszexualitás és a maszturbáció medikalizációja mindkét esetben hozzájárult a *heteroszexualitás* mint norma, és a *heteroszexuális szubjektum* mint idol megszületéséhez, amelyeket ezáltal tekinthetünk a XIX. század medikalizációjának mesterségesen előállított biopolitikai termékeként, de akár interpretálhatjuk annak melléktermékeként is. Ami pedig ezeket a termékeket egy ideológiai keretbe foglalja nem más, mint a biomedicina által legitimált androcentrizmus, amely a férfi felértékelődésével, és a nő devalválásával együtt járó kontextus létrejöttét jelenti. Természetesen, mint azt a későbbi fejezetekben látni fogjuk, a XX. és XXI. század medikalizációjában, az androcentrizmussal a heteroszexualitás normalizációja is együtt jár, amely számos axiológiai (értéktani) átalakuláshoz vezetett.

2.5. AZ ÖREGEDŐ FÉRFI TESTEK MEDIKALIZÁCIÓJA

Bővült vagy éppen szűkült a férfiak biologikumához, fiziológiai sajátosságaihoz és szűkebb értelemben véve a szexuális viselkedésükhöz kapcsolódó patológiák száma az elmúlt évtizedekben? Mi tartozik hozzá korunk szexuáletikai kánonjához? Mit tehet meg és mit *kell* megtennie egy egészséges férfinak a „sikeres öregedéshez” (*successful aging*), és mi a szerepe ebben a folyamatban a nemi életnek? Átfogóbb lett-e a diszkurzív orvosi kontroll vagy gyengült? Hová fejlődött a nyugati társadalmak technokrata optimizmusa? Tekintsük át a XX–XXI. század medikalizált életterületeit, amelyek a férfiak vonatkozásában az elmúlt fél évszázadban tematizálták a szakirodalmat. Megítélésem szerint a viktoriánus kor medikalizációjának felismerése és kárfelmerése összességében nem segített elkerülni új férfi életterületek megkérdőjelezhető szükségességű vagy mértékű medikalizációját. *A fejezetben céloom rámutatni, hogy az erektilis diszfunkció és az androgén alopecia medikalizációi magukban hordozzák a maszturbáció és a homoszexualitás biohatalmi érdekeket kiszolgáló stílusjegyeit, amelyekre Foucault rámutatott.*

A következőkben feltárom azt a szociokulturális kontextust, amelyben a férfiakat a mai napig érintő két problémakör, vagyis az erektilis diszfunkció és a férfiak hajhullásának (androgén alopecia vagy *male pattern hair loss*) medikalizációja megjelenik. Egészséges-e egy harminckét éves (nem önkéntes elhatározásából) kopasz férfi? Normális-e az a partnerkapcsolat, amelynek tagjai a behatolással járó szexuális aktusok helyett az intimitásnak ettől eltérő dimenzióit preferálják?

2.5.1. Maszkulin értékek az antik görög világban és napjainkban

Egyes értelmezések szerint fiziológiailag a tesztoszteron hormon mértéke lehet az empirikus referenciapont a férfiak vitalitásának megállapításához: a relatíve magas tartomány teszi képessé az embert a hagyományosan maszkulinnak tartott viselkedésformák elvégzésére (erő kifejtése, reprodukciós szerep betöltése, magabiztos kiállás stb.), és a feminin tulajdonságok is ennek inverzeként igazodnak

a (tradicionális) férfikép ideáljához. Az évek múlásával azonban a szervezet tesztoszteronszintje lecsökken, és amikor átlép egy – a téma szakértői szerint megállapított alsó küszöbértéket –, férfi menopauzáról vagy andropauzáról beszélünk. Ez az élethelyzet megfelelő alap lehet a tesztoszteron szint mesterséges, gyógyszeres úton történő korrekciójához. A férfiak öregedésének medikalizációs triggerjei között a tesztoszteron hormon 1935-ös izolációja egy igazán fontos momentum volt, amely az öregséggel összefüggő értékeket revidálta azáltal, hogy az androcentrikus, maszkulin értékek létjogosultságát természettudományos tényekkel is megerősítette. A férfiak társadalmi értéke tehát innentől fogva nemcsak kontingens, relativizálható, hanem biológiai esszencialista köntösbe bújt. Az endokrinológia ezáltal nagymértékben hozzájárult a férfiak öregedésének medikalizációjához. A férfiakkal szemben támasztott elvárások, és a férfinem-specifikus értékek (erő, dominancia stb.) a XX. század közepére összeforrtak a mikrobiológiai megfigyelések segítségével leírható fajtipikus jellegzetességekkel.

A tesztoszteronkészítmények alkalmazása évről évre növekvő tendenciát mutat a nyugati társadalmakban. Ezt tükrözi a *National Cancer Institute of the National Institutes of Health* és a *National Institute on Aging* szakmai kollégiumok figyelmeztető nyilatkozata is. Ebben aggodalmukat fejezik ki az olyan esetek növekvő száma miatt, amelyekben a tesztoszteron szint csökkenése nem igazolható, vagy olyan férfiak esetében került sor gyógyszeres intervencióra, akiknek tesztoszteron szintje a normális tartományban volt (Conrad 2007, 27). Az ilyen készítmények alkalmazása két évtized alatt húszezrosára emelkedett az Egyesült Államokban. Míg 1992-ben az arra jogosult orvosok 122 000 tesztoszteron készítmény receptjét írták fel, addig 2004-ben már 2,4 millió gyógyszerrel válhattak ki például az erektilis diszfunkcióval diagnosztizált férfiak. A férfi menopauzával kapcsolatos koncepciók eredetét azonban nem a XX. század végén kell keresnünk, hanem sokkal korábban. A középkorú férfiak fiziológiai változásai ugyanis már az 1930-as években is népszerű témának számítottak a tudományos szakirodalomban és a bulvármédiában egyaránt (Siegel 2007). Utóbbi figyelme azóta is lankadatlan, melyet jól jelez, hogy a meglehetősen széleskörű olvasótáborral rendelkező *Time*

magazinnak 2014-ben külön e témának dedikált lapszáma jelent meg, melynek célja az egyes becslések szerint kétmillió dolláros tesztoszteron gyógyszeriparág feltérképezése volt.

A tesztoszteronhoz fűződő társadalmi attitűdök rokonságot mutatnak az antik férfispecifikus értékekkel. A napjainkban legszélesebb körben ismert szteroid hormonról ugyanis sokan azt feltételezik, hogy az általa nyert önbizalom az egyént járulékosan hozzásegíti az előnyös társadalmi pozíciók megszerzéséhez is (Bassil et al., 2009). Az erő mint a társadalmi dominancia eszköze, tehát téridőbeli tényezők függvényében más és más módon, de a kezdetektől fogva a társadalmi hierarchia szervezőelvéként és egyéni életcélként is funkcionált. Vizsgáljuk meg, hogy alátámaszthatóak-e tudományosan a tesztoszteronnal szemben mutatózó fogyasztói elvárások! Átfogó természet- és társadalomtudományi vizsgálatok igazolták, hogy a részben a tesztoszteron hormon hatására megmutatózó domináns magatartásformák számottevő előnyökkel járnak mind az egyén, mind a faj fennmaradásaért folytatott küzdelemben. Az éberségintelligencia (AQ), a stressz-szel és a félelemmel szembeni ellenálló képesség, valamint a fizikai állóképesség mind kapcsolatban állnak a tesztoszteronszinttel, így valóban könnyen tekinthetünk rá egyfajta „csodahormonként”, mely segítheti a társadalmon belüli hierarchiaharcok leküzdését. Az „egészséges önbizalom” és a bátor ki- és helytállás mint hagyományosan maskulin értékek, olyan tömegek által áhított tulajdonságok, melyek már az antikvitásban is alkalmasnak bizonyultak két jelenség együttes gerjesztésére: élénk társadalmi (pedagógiai, axiológiai) és tudományos (politikai, természettudományos) diskurzust bontakoztattak ki. A XX. század óta viszont tudjuk, hogy a hormon finomhangolásának kulcsát az egészségügyi intézmények falai közt is kereshetjük, így azáltal, hogy a biomedicina a férfi jellem formálásáról szóló diskurzust hatókörébe vonta, a férfiak tradicionálisan fontos erényét is a medikalizáció tárgyává tette.

A helyzet azonban ennél jóval árnyaltabb, hiszen téves ok-okozati kapcsolatot feltételezünk a *magasabb* tesztoszteronszint és a társadalmi dominancia vagy társadalmi előjogok között. A hormonról kezdetben kialakított tudományos, majd a laikusok által ezen keresztül megformált kép azonban korrekcióra szorul. A másokat háttérbe

szorító, érdekérvényesítő erő eszközeként kell tekintenünk a tesztoszteronra? Semmiképpen, hiszen az „erőfitogtató” magatartásformák alacsonyabb tesztoszteron szint esetén sokkal inkább megfigyelhetők, és jellemzőbben társul hozzájuk a társadalmi kirekesztettség is. Szakirodalmi eredmények inkább azt sugallják, hogy a normál tartományban lévő tesztoszteron szinthez a kölcsönösen hasznos együttműködésre törekvő magatartásformák kötődnek, amelyek a társadalmi boldogulást is jobban elősegítik (Sperber – Baumard 2012). Így az erőből és magabiztos kiállásból vizionált fogyasztói elvárás nincs összhangban a tesztoszteron terápiáktól várható *valódi* következményekkel. A helyzetet tovább komplikálja, hogy a tesztoszteronpótló terápiák által fény derült a férfiak öregedésének egy sokakat érzékenyen érintő aspektusa: a beavatkozások a legtöbb esetben a potenciaproblémák orvoslását is lehetővé tették, amennyiben a terápia növelte a test tesztoszteronszint koncentrációját.

Az a tesztoszteront övező társadalmi hit, hogy a hormon az *erő* által elősegíti a magabiztosságot és a szociális dominanciát, a legújabb idegtudományi kutatások alapján is megkérdőjelezhető. Egyes vizsgálatok a magasabb tesztoszteron szint és az altruisztikus (tulajdonképpen a sztoicizmus által interpretáltaknak megfelelő), kooperatív viselkedésminták közötti szignifikáns kapcsolatról írnak. Ezt a megfigyelést többek között kontrollcsoportos vizsgálati módszerrel kivitelezett játékelméleti modellekkel (pl. fogolydilemma) támasztják alá (Reimers – Diekhof 2015, 283). Az úgynevezett „parochiális altruizmus”, vagyis az egyéni érdek háttérbeszorítása a *saját közösségének* boldogulása érdekében, a magasabb tesztoszteron szinttel bíró egyének esetében jobban megfigyelhető volt, amely eredmény nemcsak filozófiai, hanem evolúciós pszichológiai tekintetben is izgalmas eredménynek mutatkozik.¹⁴

A tesztoszteronpótló készítmények tehát nem lehetnek az androcentrikus értékeken nyugvó társadalmi szerepekkel nehezen azonosuló, vagy azonosulni képtelen férfiak *panacea*-ja. A hormonhoz tár-

¹⁴ Fontos azonban kiemelni, hogy az altruizmus ezen válfaja kizárólag a lokál-patriotizmusra korlátozódik, így a magasabb tesztoszteron szint a külső csoportokkal szembeni együttérzést nem facilitálja.

sított érdekérvényesítő erő, és a társadalmi boldogulás elvárása inkább mitikus, sem mint reális elvárás volt. Ugyanakkor, mint azt a következő, „A férfiak szexualitásának medikalizációja” című fejezetben bemutatom, a tesztoszteron kiválóan alkalmasnak bizonyult a férfi szexualitás medikalizációjának megfelelő, fallo- és androcentrikus kultúra mesterséges kiépítésére. A férfiak testi és pszichoszociális változásaival összefüggésben fontos, normatív vonatkozású észrevételt tehetünk. Az öregedéshez természetsszerűleg társuló esztétikai és funkcionális változások háttér okainak ismerete a tudomány fejlődésével egyre pontosabbá vált. A modern orvostudomány képes természettudományos nyelvezettel körülírni a bőr ráncosodásának folyamatát, vagy hormonális összefüggésbe ágyazni a fiatal felnőtt kor és az időskor közötti pszichoszociális különbségeket. Az öregedéshez kapcsolódó deskriptív biológiai tudásba azonban óhatatlanul preskriptív, normatív elemek is vegyülnek, azaz a tudáshoz egyre gyakrabban a cselekvésre ösztönző „kellés” (*sollen*) logikája társul. A testi változások elfogadásának lelki folyamatát a korrekció veszi át, ilyen értelemben kaphat a (testi) szépség esztétikai fogalma morális színezetet is. A kapitalizmus arra kondicionál, *tennünk kell* a fiatalság megőrzéséért, jobb tudatosan késleltetni az öregedés természetsszerű testtapasztalatait, mintsem elfogadni azokat.

2.6. A FÉRFIAK SZEXUALITÁSÁNAK MEDIKALIZÁCIÓJA

A szexualitás medikalizációja kapcsán Peter Conrad kiemelt figyelmet fordít a férfi nemi szervekre, különösképp/ezen belül a heréknek a maszkulinitáshoz kapcsolódó szerepére. Álláspontja szerint ez a páros szerv végérvényesen az orvostudomány illetékességéhez kapcsolta a férfiak öregedését. Állítását egy igen részletes orvostörténeti áttekintés követi. Ennek során többek között érinti az első endokrinológus, a XIX. század végén aktív, francia származású orvos, Charles Edouard Brown Séquard munkásságát, aki saját magán alkalmazott állati eredetű ivarszervek szöveti állományából előállított szérumot. Séquard közleményeiben megnövekedett fizikai teljesítőképességről, nagyobb munkabírásról számolt be (szociális előnyökről

azonban nem). Kutatási eredményei egyedülállóak voltak, tekintve, hogy előtte soha senki nem kapcsolta össze a férfiak teljesítőképességét valamely szervrendszerrel, és soha nem kínált definitív orvosi terápiát ennek visszafordítására, vagy rosszabb esetben, kordában tartására (Conrad 2007, 28).

A XX. század orvosai a Séquard-ot követő időszakokban nagy érdeklődéssel vizsgálták a férfispecifikus fiziológiai sajátosságokat. Míg a nők vonatkozásában a menopauza egyértelműen kapcsolatban áll a reprodukciós képesség csökkenésével, addig az andropauza tárgya inkább a férfiasághoz társuló *általánosabb tulajdonságokra*, a vitalitásra és nem csak a szexualitáshoz fűződőkre vonatkozott. Bár a maszkulinitás fokmérőjeként az erekciós és reprodukciós képességek az andropauzáról szóló diskurzusnak is részét képezték, ennél hangsúlyosabbak voltak az állóképességben mutatkozó (el)változások. Séquard diskurzusában a maszkulinitáshoz társuló társadalmi normák közül kiemelkedik a társadalmi versengésben való aktív részvétel megléte, a hatalom birtoklása és a „keménység” mint a társadalmi dominancia szinonimája (Gordon et al., 2013).

A nemiséghez kapcsolódó normatív örökség eredetét tekintve két rivális elméletet kell megkülönböztetnünk. Az úgynevezett „biológiai modell” szerint a nemi szerepek tekintetében a biológiai nem tekinthető a leginkább meghatározónak (Susánszky 2012, 468). A „társadalmi nemek kutatásában” (*gender-studies*) mára azonban széles körben elfogadottá vált az a vélekedés, miszerint a két biológiai nemhez tradicionálisan társított statikus értékeket fel kell függesztenünk. Az „új” megközelítés egy dinamikus értékhorizontot alapul véve amellett érvel, hogy a társadalmi nemek valójában társadalmi konstruktumok, ezért történelmi kortól és kultúrától függően felülírhatják a biológiai sajátosságokból eredő normatív társadalmi elvárásokat is. A társadalmi nemek elfogadásának gyakorlati következménye, hogy például a gyermekek gondozásába bevonódó férfinak az értéke, vagy a társadalmi hierarchiában betöltött pozíciója nem erodálódik szükségszerűen azért, mert hosszabb-rövidebb ideig óvó, gondoskodó feladatokat lát el, amelyek tradicionálisan a *gynocentrikus*, feminin erényekhez kapcsolódnak. Ha a medikalizáció vonatkozásában az értekezés elején a „mozgalom” kifejezést használtam, ez még inkább

igaz a *gender-studies*-ra, amely számos platformon keresztül törekszik legitimálni állításait. Ennek példaként hivatkozhatunk akár Herbert Marcuse etikájának feminista olvasatára is, amely szerint a magát explicit módon feministának valló szerző egy utópiában összegezte az *androgünia* morális értékeit, amelyet ő maga is *expressis verbis* politikai programként interpretált (Joó 2013).

Hogy miért lényeges eszköz a historicizmus a medikalizációról szóló diskurzusban, egyre világosabb. Átala egyrészt igazolást nyerhet az a tézis, miszerint az andropauzával érintett férfiak terápiás sikerének fokmérője már a kezdetekben sem csak a fiziológiai tünetek enyhítésében, hanem a férfiakhoz társított társadalmi szerepek rendezésében is megmutatkozott. A kutatóorvos Walter M. Kearns már 1939-ben tüéles képet festett az akkoriban még csak sporadikusan felhasznált hormonterápiák hatásáról. Ezek potenciakorrigáló következményeinél az önbizalom helyreállítását még ennél is lényegesebbnek tartotta. A XX. század első felében publikált feljegyzések a tesztoszteronvesztett férfit egy sor olyan tulajdonsággal írták le, melyek nemcsak a *biológiai nem* koncepciója által keretezett attribútumokkal nem értek össze, hanem a közösségben uralkodó „domináns férfi” szerepelvárásaival sem voltak szinkronban (pl. túlzott fáradékonyság, izomtömeg csökkenése, depresszió stb.) (Jia et al., 2015). A meghibásodott hormonrendszer tudományos leírása azonban alkalmas volt arra, hogy racionalizálja az andropauza által okozott válsághelyzetet. Az „Ész” által „megszelídített” állapot azonban épp annyira nem juttatta nyugvópontra az öregedés tapasztalatával szembesült férfiakról szóló diskurzust, mint ahogyan ez a maszturbáció vagy épp a homoszexualitás esetében sem történt meg. A férfi ebben a krízisben a rá nézve igen komoly egzisztenciális kihívással szembesült, vagyis a hatalmi pozíciójának az elvesztésével, ami együtt járt a férfi identitásának megrendülésével.

E vázlatos történelmi áttekintés konklúziójaként igen fontos megállapítást tehetünk: a medikalizáció eszközeit szemügyre véve úgy gondolom, ismét tetten érhetjük a szomatizáció régi-új stratégiáját, amelyet korábban Foucault nyomán a maszturbáció vonatkozásában bemutattam. Ennek ágensei: a totális betegség tudományos konfabulációja; az andropauza kóroktani kódolása a naprakész nozográfiai

kategóriák szerint; és az orvosi segítséggel kiépített hypochonder tematika az öregedés szomatizálásán keresztül. A következőkben ennek alátámasztására tesztek kísérletet.

2.7. A SZEXUÁLIS FUNKCIÓK ÉLETHOSSZIG TARTÓ MEGŐRZÉSÉNEK NORMALIZÁCIÓJA

Elsőként a menopauza és post-menopauza esetén jelentkező tünetek enyhítését célzó ösztrogén terápiák vonatkozásában vált széles körben elfogadottá az a nézet, miszerint *a jó élet eléréséhez a szexuális funkciók és a fizikai erőnlét megőrzése is kulcsfontosságú*. Az örök fiatalság nemi szerepelvárásnak való megfelelés modern eszköze a hormonterápiás gyógyszer (Bell 1999 idézi Marshall – Katz 2002, 45). A potens férfi ideá(l)ja azonban nem csak a huszadik századi társadalmakat foglalkoztatta. Számos szöveghely fennmaradt a férfiaságnak és az erekciós képességnek a megőrzésével kapcsolatos életvezetési tanácsokról. Ezek az antik, középkori és újkori szöveghelyek a prevenció hangsúlyát legtöbbször a megfelelő étrendre, testmozgásra és szexuális aktivitásra helyezték, ugyanakkor a „szakirodalmi szövegek” mellett sok metafizikai, spirituális írás is fennmaradt. Ezek esetenként valamilyen gonosz szellemnek vagy egyenesen az ördögnek a hatáseit feltételezték a csökkent szexuális teljesítőképesség hátterében (Bell 1999, 52, idézi Marshall – Katz, 2002, 45–46).

Barbara L. Marshall és Stephen Katz a férfi test medikalizációját orvostörténeti kontextusban vizsgáló tanulmányukban értékes tézist igazoltak. *Ennek tárgya, hogy a XIX. századot megelőzően az öregedés nem számított okvetlenül patológus folyamatnak, és nem is azonosították azt a szexuális diszfunkciókkal*. Bár a szerzőpáros explicit módon nem állítja, hogy a férfiaság medikalizációja XIX–XX. századi jelenség volna, tanulmányuk mégis azt erősíti, hogy a medicina határátlépése, azaz a túlzott medikalizáció, az endokrinológia születéséhez közel eső időszakban történt meg. Ezt az állítást némiképp árnyalják az impotenciával kapcsolatos természet- és társadalomtudományi szövegekben fellelhető interpretációs sémák, melyek nyelvezete sokszor orvosbiológiai gyökerű. Megítélésem szerint az erek-

tilis diszfunkció történeti háttérének árnyaltabb leírását adja Jyoti Shah. Az ő értelmezésében az impotencia voltaképpen már a legősibb dokumentumok szerint is *per definitionem* orvosi problémának számított, ezért a potenciaproblémák narratívájában a kezdetektől fogva meghatározó volt az orvosi nyelvezet, diagnosztikus és terápiás arzenál, így mindvégig a medikalizált életterületek közé tartozott (Shah 2002, 433). Az élettudományos keretezés önmagában azonban értékseleget, az orvosi nyelvezetű és eszköztáru tényleírások miatt az impotenciáról szóló diskurzus nem társítható automatikusan a medikalizáció határátlépő (*over-medicalization*) irányzatához. Ennek elsődleges oka, hogy az *impotencia mint a hüvelyi behatolásra alkalmatlan erekció, önmagában véve nem zárta ki az aktív szexuális élet folytatását, mivel a szexuális kultúra az intimitásnak igen tág spektrumát ismerte el.*

Az *impotencia* etimológiailag egy igen beszédes, latin eredetű szó, amely tükörfordításban az *erő hiányát jelenti*. A fogalmat elsőként a XV. századi angol költő, Thomas Hoccleve (1370–1454) használta 1420-ban. Ebben az időben az impotencia kifejezés nem kapcsolódott szorosan a szexuális diszfunkciókhoz. A szó a *hatalom akarásával összefüggésben* volt használatos, amely ezáltal sokkal elvontabb módon kapcsolódott a maszkulinitáshoz fűződő elvárásokhoz, *per definitionem* annak hiányához. A terminusnak szűkebb, a szexuális funkcióvesztéshez fűződő értelmezése 1655 előtt nem kimutatható. Fordulópontot Thomas Fuller (1608–1661) történész szóhasználata jelentett, aki végérvényesen meghonosította az impotenciának kizárólagosan a szexuális diszfunkcióhoz kötött etimológiáját (Shah 2002, 433).

A potenciaproblémákról szóló szöveghelyek az írott történelem szinte minden időszakában kimutathatóak. Conradnak és a Marshall – Katz szerzőpárosnak az erektilis diszfunkció medikalizációjáról szóló tézisei – legalábbis történeti vonatkozásukban – ezért kiegészítésre szorulnak. Figyelmen kívül hagyták ugyanis azt, hogy a szexuális egészség-betegség kérdéskörei szinte a kezdetektől fogva párhuzamosan futottak, és sok helyütt merítkeztek az orvostudomány narratíváiból. Az *impotencia története bele van ágyazva az orvostudomány történetébe*. Ez a kiemelés, bár teljességgel magától értetődőnek tűnik, ennek ellenére azért lényeges, mert rámutat arra, hogy

a medicina az idők kezdetétől fogva a tudományos felkészültségével arányosan igyekezett az erekciós zavarokkal élők számára terápiás alternatívákat nyújtani, valamint a „veszélyeztetett populációt” prevenciós tanácsokkal ellátni. Így az állítás, miszerint az erektilis diszfunkció medikalizációjának története egybeesik a zavar tüneteinek modernkori, orvosszakmai hitelesítésével, kissé félrevezető, mert ezáltal könnyen azt gondolhatjuk, hogy az endokrinológia létrejötté előtt a potenciaproblémák narratívájának jellegzetessége épp az volt, hogy ezek *nem orvosi* narratívák voltak.

Az erekciós problémákról szóló első írásos feljegyzés az időszámításunkat megelőző 18. századi Indiából származik, és *Samshita of Sushruta* nevéhez fűződik. Ez a szöveg módszeresen leírta az impotencia, vagy modernkori terminológiát használva az erektilis diszfunkció állapotát. A kínai orvoslás és életfilozófia alapjául szolgáló *Jin és Jang* elmélete is tartalmaz az impotenciával kapcsolatos feljegyzéseket. Ebben egészen konkrétan szerepelnek olyan életkorhoz fűződő rizikófaktorok, melyek az akkori feltételezések szerint hajlamosíthatták a férfiak szexuális diszfunkciójának kialakulását. A problémamentes erekciót a fizikai értelemben vett egészség fontos elemének tartották, és a „Jang rendellenességének” kifejezett tüneteként tekintettek az impotenciára (Shah 2002, 434). Melampus alakján keresztül abban is biztosak lehetünk, hogy az impotencia toposza a görög mitológiában is megjelent. A mitikus hőst első sorban gyógyításai tették híressé, melyek kiterjedtek a gyermekáldás elmaradásával és a férfissággal kapcsolatos problémák kezelésére is. A görög mitológia *Phylacus történetén* keresztül tárja elénk, milyen nagy hangsúlyt fektettek az antik görög világban a szexuális diszfunkciók pszichologizáló megközelítésére. Az akkori felfogás ugyanis a probléma eredetét valamilyen gyermekkorból fennmaradó szexuális szorongással magyarázta.¹⁵ A pszichologizáló narratíva pedig az 1990-es évek végéig fenn is maradt.

Az impotencia biblikus szöveghelyeken is fellelhető. Az *Ótestamentumban* olvasható Sára és Ábrahám házasságát feldúló Ábimelek

¹⁵ Erről árulkodik a pszichoanalitikus mozgalom atyjaként tisztelt Sigmund Freud által a XX. század elején bevezetett Ödipusz-komplexus fogalom, amely Ödipusz görög király történetére támaszkodik.

(Abimelech), Gérár királyának története (Shah 2002, 434). A történet szerint Ábimelek ellenállhatatlan vonzalmat érzett Sára iránt, akit a háremébe parancsolt. Álmában Isten figyelmeztette, hogy ha megérinti Ábrahám feleségét, meghal. A halálbüntetés ugyan nem következik be, azonban Ábimelek később saját „impotenciáját”, férfiaságának és hatalmának felborulását Isten büntetéseként értelmezte.

A következő korokban, így a középkorban és az újkor nagy részében is elfogadott volt az *Ótestamentumból* származó nézet, miszerint az impotencia végső soron nem más, mint az isteni gondviselés egy eszköze, voltaképpen büntetés. A probléma komolyságát jelzi, hogy a tizenharmadik és tizenhetedik század közötti időkben a felsőbb társadalmi osztályokban a férfi impotenciája volt az egyedüli elfogadott házasságfelbontási alap a kanonikus szabályok szerint (Shah 2002, 435).

Mindent összevetve, jól látható, hogy a középkorú és az idősebb férfiak szexuális funkcióinak részleges vagy teljes elvesztése a XIX. századot megelőző időkben többségében *valamilyen külső okok hatására bekövetkező változás* volt, amely egyértelműen egzisztenciális meggrázkódtatást okozott, tekintve, hogy az érintetteknek nemcsak a társadalmi dominanciájuk csorbult, hanem büntetésként nem részesülhettek az isteni kegyelemből sem.

Az impotenciának, mint fiziológiai és pszichológiai, így *in vivo* eredetű problémaként való megragadása végső soron az emberi élet fiziológiai narratíváját priorizáló, élettudományos forradalom hatására zajlott le. Az 1800-as évek hangadó orvos-biológus szerzőinek megítélése szerint, a szexuális diszfunkciók nem tekinthetők a szervezetben bekövetkező normális változásoknak, így hiba volt beletörődni a férfiaság erejének képletes és szó szerinti elmúlásába. Az andropauzáról író újkori szerzők az állapotot rendszerint gyógyíthatatlannak ítélték, habár progressziójának lassítása ellen egyes életmódbeli szokásokkal (nemi hiperaktivitás mérséklése, megfelelő táplálkozás stb.), úgy vélték, aktívan tenni lehet. Az okok hátterében a biológiai eredők marginálisak voltak, ellenben nagy hangsúlyt fektettek az egyének életmódjára, viselkedésére. Az egyén morálisan felelőssé vált önnön öregedésének minőségéért (Marshall – Katz, 2002, 47). Ismételten szeretném felhívni a figyelmet arra, hogyan köszön vissza a szomati-

zációnak egyik típusos stratégiája: a hipochonder tematika kiépítése szembeötlő az öregedő férfi testének szomatizálásán keresztül. A férfi készenléti állapotba kényszerül, egzisztenciális biztonsága érdekében az orvosi szabályok betartására kell törekednie, és figyelnie kell azokat a baljós jeleket, melyekről a kor orvosai hangsúlyozzák, hogy időben történő diagnosztizálásuk esetén hatalmukban áll lassítani az impotencia „kórlefolását”, amely ellenkező esetben a személy egzisztenciális megrázkódtatásához vagy ellehetetlenüléshez vezet.

A szexuális magatartásoknak az öregedéssel együtt járó változásaiban meghatározóak a biológiai nemekre alapozott különbségek. Ez a különbség az androcentrizmus jól kimutatható példája. Míg a kor orvosai a menopauzát eleinte *a női egészség helyreállásaként* értelmezték, tekintettel arra, hogy a szexuális vágycsökkenés a hangulat és a magatartás egyensúlyi állapotát idézte elő,¹⁶ addig a férfiak libidócsökkenése egyértelműen patológikus színezetet kapott (Marshall – Katz, 2002, 48). A XIX. és XX. század fordulója a meno- és andropauza orvosi leírásával elvezetett a megfiatalodás és az öregedés folyamatát késleltető orvostechnológiák térnyeréséhez. Az esztétikai plasztikai sebészet a mai napig alapjaiban véve meghatározza az öregséggel, a haldoklással és halállal, illetve szépséggel kapcsolatos társadalmi attitűdöt a nyugati országokban, amelyek közös tapasztalata a medikalizáció. A folyamat végső soron kiépítette az öregedés elrejtésére irányuló kultúrát, és az ezek eléréséhez szükséges, egyes esetekben gerontofób normákat is (Conrad 2007, 27).

Az öregedés nem kívánt hatásai ellen harcoló férfitársadalom eszköztára jelentős átalakuláson ment keresztül a XIX. század végére. Bár Francis Bacon testnedvekkel és a kiszáradással kapcsolatos teóriája meghatározó volt a terápiák jellegét tekintve, ugyanakkor az életmódbeli változtatások helyett a gyógyszeres, szélsőséges esetekben pedig a sebészi eszköztár térnyerése volt megfigyelhető. A fiatalító

¹⁶ Mint azt a nők tudományos keretek között történt hisztérizálása kapcsán később a 3.1.–3.3. fejezetekben részletezem, a XIX. század orvosai a szexuális aktivitással kapcsolatosan biológiai okokra visszavezetett különbségeket feltételeztek. A nő ezek alapján akkor volt „normális”, amennyiben távol tartotta magát a testi gyönyöröktől, szexuális életet csak reprodukciós célból, a férfi kezdeményezésére élt.

készítmények szinte kivétel nélkül állati eredetű ivarszerveknek, például a herék szöveteinek felhasználásával előállított gyógyszerekből álltak, azonban a drasztikusabb, sebészi terápiák leírásai (pl. a körülmételés mint a férfiproblémák XIX. századi univerzális gyógymódja) is megjelentek a korabeli orvosi szövegekben. Marshall és Katz is több huszadik század elején alkalmazott terápiát bemutat, amelyektől a kor orvosai megkérdőjelezhető módon a demaszkulinizációs folyamat visszafordulását várták. Jól mutatja a sebészeti törekvések bacon-i eredetét az osztrák orvos, Eugen Steinach módszere is, melynek lényege, hogy az ondóvezeték elvágásával a termelődő ivarsejteket visszavezették a testbe.¹⁷ Ezek a többségében spekuláción alapuló kísérleti eljárások ismételten Foucault-nak a szomatizációról megállapított stratégiájára emlékeztetnek. A XIX. század végére ugyanis *kiepült az andropauzának mint totális betegségnek a tudományos konfabulációja is*. A tudományos „meseszöveg” tárgya a férfierő megőrzése, amelynek előfeltétele, hogy az öregedő férfi test minden percben a teljes leépüléshez társuló normatív krízis, s végül a halál felé halad. Az öregedés természetesen előforduló tünetei összekapcsolódtak az andropauza mint az egyén életét veszélyeztető krónikus rendellenességnek a képében. A férfi öregedésének medikalizációjában ez egy kulcsmomentum. Végül pedig az orvosok a preventív, non-invazív vagy invazív eljárások alkalmazásának alátámasztását *az andropauza naprakész kóroktani nozográfiai kategóriáinak megfelelően intézték*.

Miután az andropauza fokmérőjeként kibontakozott impotenciának a szomatizációs folyamatát megismertük, tekintsük át, hogy ez a folyamat milyen általános és szűkebb következményekkel járt. Ahogy a korábbiakban kiemeltém, a medikalizáció árnyoldala mellett fontos kitérnünk az orvosi patológiák bővüléséből származó előnyökre is. A férfiak öregedésével kapcsolatos medikalizáció pozitív hozadéka olyan részterületek létrejötte, mint amilyen például a gerontológia. A szakterület önállósodása egy évszázaddal későbbre tehető, jellemzően inkább a XX. század elejéhez kapcsolódik. Bár az orvosi mikrobiológiai tudás már ebben az időben is a celluláris szintekig

¹⁷ Ez az úgynevezett *Steinach-operáció*, az osztrák Eugen Steinbach nevéhez kapcsolódik V.ö.: Marshall – Katz 2002, 49.

hatolt, az öregedési folyamat sejt szintű vonatkozásait csak az 1900-as évek elején aknáztá ki az orvostudomány. Az öregedés ebben az időszakban több fronton alárendelődött az orvostudomány eszközeinek: diagnosztikus kategóriák, preventív és kuratív technológiák, és nem utolsósorban bizakodó tudományos jövőkép épült ki a medikalizált öregedő test és a hanyatló szellem diskurzusában. Ezt az optimizmust igazolják a gerontológia fogalmának megalkotójának, Elie Metchnikoff (1845–1916) orosz zoológusnak (!) tudományos víziói is. Értelmezésében a gerontológia nemcsak az öregedéssel foglalkozó tudomány volt, hanem egyfajta evangélium hordozója is (Stambler, 2015). Álláspontja szerint a vitalitását lassanként elvesztő test vizsgálata mellett, az orvos kimondott célja realizálni azt az elvárást, mely szerint a sejtek működésének egyre pontosabb megismerésével, egy nap majd nemcsak a betegségek kórokeinak azonosítására és azok precíziós gyógyításra, hanem a halál késleltetésére is lehetőség nyílik.

A XX. század fordulóján a gerontológia összességében nemcsak orvosszakmai paradigmaváltást sürgetett, hanem hozzájárult az öregedéshez társuló értékrend megváltoztatásához is. Az életkor előrehaladtához társuló negatív sztereotípiáknak, mint a hanyatlásnak és kiszolgáltatottságnak a helyére szándékosan pozitív értékek kerültek. A gerontológia szakterületének képzeletbeli zászlaján számos igen fontos normatív üzenetet fedezhetünk fel, melyek a világ legkülönbözőbb kultúráiban meghatározzák a sikeres öregedéssel (*successful aging*) kapcsolatos elvárásokat. Az emberi méltóság megőrzéséhez szükséges eszközök védelmét orvosi segítséggel kiszolgáló gerontológia az idősödő populáció modernkori megsegítőjévé vált. Az átalakulás hatására orvosi hatókör alá vonódtak az életerő, az aktivitás, a hosszú távon elérhető testi-szellemi autonómia értékei is.

Az ekkor még az andropauzához szervesen hozzátartozó szexuális diszfunkcióknak a medikalizációjában az 1950-es és 1980-as évek között megfigyelhető egy jól körülhatárolható töréspont. Ezalatt a nagyjából három évtized alatt az impotencia organikus okai és orvosi terápiái mellett megjelent egy pszichologizáló narratíva is, amely számos életmódbeli háttér okra vezette vissza az öregedő férfiak erekciós problémáit. A fentebb hivatkozott sikeres öregedéskonceptióból gyökerező önrendelkezési igény értelemszerűen a test feletti, minél

teljesebb kontroll megőrzésének céljával a szexuális funkciók megőrzésére is kiterjedt. Az 1980-as években igen nagy érdeklődésnek örvendő, *Love and Sex after 60* című könyv szerzői, Robert Butler és Myrna Lewis gerontológusok, az impotenciát tapasztaló hatvan év feletti férfiak tüneteit 90%-ban tisztán pszichológiai okokra vezették vissza, és csak a maradék 10%-ot magyarázták szervi tényezőkkel (Butler – Lewis 1988, 45. idézi Marshall – Katz 2002, 54).

Az etiológiai fordulópontot a szakirodalom egy Dr. Giles Brindley nevű orvos előadásához kapcsolja. Brindley doktor 1983-ban, egy ma már minden bizonnyal nehezen elképzelhető konferenciaszereplés alkalmával, saját nyugalmi állapotban lévő péniszébe injektált egy *phenoxybenamin* tartalmú oldatot, amely minden egyéb stimuláció nélkül erekciót okozott a pódiumon előadó orvosnak. Brindley ezáltal azt próbálta igazolni, hogy az erekciós zavarok kezelésében az orvostársadalom nagy biztonsággal támaszkodhat a gyógyszerészek által előállított készítményekre. Ez a fordulat kétségtelenül és valószínűsíthetően végérvényesen a medikalizáció pályájára állította a maskulinitásuktól az életkor előrehaladása miatt búcsúzni kényszerülő férfiak kezelési alternatíváit. Bő tíz évvel később, 1995-ben Michael E. Metz és Micahel H. Miner kizárták, hogy a szexuális funkcióvesztés az öregedéssel együttjáró „normális” jelenség lenne, ez sokkal inkább „társbetegségek folyamatából, gyógyszerek mellékhatásából, testi fogyatékokból” következik (Metz – Miner 1995, 299. idézi Marshall – Katz 2002, 55).

A potenciaproblémák normatív és axiológiai értéke nem változott számottevően az 1980-as és 1990-es évek között, habár orvosszakmai nézőpontból ez idő alatt nagyléptékű változások történtek. Az impotencia terminus kiszorult a szaktudományos diskurzusból. Helyét az „erektilis diszfunkció” kifejezés vette át, amelyet különféle nemzetközi szakmai szervezetek, mint a *National Institute of Health* (NIH) hoztak létre, és tettek ismertté. *Ez a gyűjtőfogalom azt az organikus alapokra visszavezethető állapotot írja le, amelynek során a férfi képtelen behatolással járó szexuális aktus létesítése céljából az erekció elérésére, vagy annak fenntartására* (Marshall – Katz 2022, 55). A NIH konszenzuskonferenciája továbbá azt is hangsúlyozta, hogy az életkor önmagában nem lehet oka az erektilis problémáknak, azonban

az erektilis diszfunkcióra való hajlam az évek múlásával bizonyosan emelkedik, így minden bizonnyal epidemiológiailag is jelentős kórképről van szó.

Az erektilis diszfunkcióval kapcsolatban megfigyelhető diagnosztikus, terápiás és nem utolsósorban nozológiai átalakulás a medicalizáció több, jellegzetes problémájára felhívja a figyelmet, amelyeket a felsorolás után a következő fejezetekben fogok részletezni.

(1) A férfiak szexuális teljesítményével kapcsolatos elvárások nem csak és kizárólag biológiai folyamatoktól függenek, ugyanis a férfiasághoz kapcsolódó értékeink társadalmi konstruktumok, amelyek a példánk esetében tapasztalható nagyfokú állandóság ellenére is változhatnak. Az eddigi történeti áttekintésben megjelenítettük a maszkulinitáshoz tradicionálisan társuló értékeket, mint például a bátorságot, a testi és szellemi vitalitást, a reprodukív funkciók normális működésével kapcsolatos elvárásokat. Ezekben közös, hogy túlmutatnak az ember biológiai természetéből levezethető, sokak szerint értékessemleges attribútumokon. A történeti áttekintés alapján olybá tűnik, hogy az orvostudomány mindig is a maszkulin értékek és androcentrikus célok megvalósításának egyik elsődleges eszköze volt. Az elsődlegesség a technokrata társadalmak számára később azonban kizárólagossá válik.

(2) A nyugati társadalmakban a maszkulinitással kapcsolatosan megfigyelhető társadalmi igények nincsenek szinkronban azzal, amit ennek eléréséhez az orvostudománytól reálisan elvárhatunk. Az erektilis diszfunkció minden esetben megragadható a test rendellenes működéseként, hiszen a funkcionalitás és funkcióvesztés végső soron a szervezetünkben működő biokémiai folyamatok hatására történik meg. Az erekciós zavarokkal kapcsolatos molekuláris ismeretek azonban könnyen tévútra vezethetnek minket, amennyiben rutinszerűen hajlamossá válunk a potenciaproblémák okát kizárólagosan organikus alapokra redukálni. Valóban kecsegtető lehet az erekciós zavarok kialakulása mögött lineáris okságot feltételeznünk, azonban a valóság ezzel szemben komplexebb, hiszen a szexuális zavarok hátterében gyakran leplezetten, de olyan pszichoszociális komponensek húzódnak meg, amelyek természetüknél fogva elkerülhetik a diagnosztika figyelmét. A teljesség igénye nélkül, ilyenek lehetnek a férfiaság

értékeinek normalizációjából következő szorongás, az öregedés és a szexualitás összeegyeztetésével együtt járó frusztrációk, és egyéb egzisztenciális értelemben jelentős kihívások (házassági problémák, munkahelyi nehézségek, veszteség stb.).

2.8. TERÁPIÁS LEHETŐSÉGEK A XX. SZÁZAD VÉGÉN

Az 1990-es évekre az erektilis diszfunkció fogalma és alapvetően orvosi illetékessége nemcsak orvosszakmai berkeken belül vált ismertté, hanem a köztudatba is átszivárgott. Általánossá lett az a fel fogás, miszerint voltaképpen minden negyvenedik életévét betöltött férfi veszélyeztetett, és a kor előrehaladtával legalább akkora eséllyel alakul ki nála a szexuális diszfunkció, mint amekkora eséllyel elkerüli azt. A zavar előfordulási gyakoriságáról az elvárt tudományos módszertannak megfelelő statisztikák azonban sokáig nem készültek. Egy 2016-os vizsgálat szerint a probléma mintegy 12 millió, 40-79 éves kor között lévő, az Egyesült Államokban élő férfit érint (Rew – Heidelbaugh 2016).

Az erektilis diszfunkcióval foglalkozó tanulmányok zöme a téma élettudományos vonatkozásaival kapcsolatos: az orvostudományi kutatások nagy hangsúlyt fektetnek az erekciós problémák fiziológiai háttértényezőinek pontosabb megértésére, az állapotból fakadó tünetek mérséklésére, valamint az erektilis diszfunkcióval gyakran kapcsolatban álló társbetegségek azonosítására. Uralkodónak mondható tehát a betegség leírásának naturalista, orvosi modellje. Bár a patogenezist részletező publikációkban felsorolt organikus okok (szív- és érrendszeri megbetegedések, diabetes mellitus, hyperlipidaemia, magas vérnyomás, metabolikus szindróma stb.) mellett szinte kivétel nélkül megjelennek szociokulturális komponensek is, ezek a legtöbb esetben a főszövegekben megmagyarázatlanul és marginálisan szerepelnek. Rastrelli elsősorban a negyvenedik életévnél fiatalabb férfipopuláció patogenetikus komponenseit vette górcső alá. Miként az erektilis diszfunkció történetében igazán hosszú periódust ölelt fel a feltételezés, miszerint a probléma pszichológiai vonatkozású, így Rastrelli feltételezte, hogy az organikus esetek mellett a fiatal korosz-

tályban a szerepelvárásokból fakadóan helyt kell kapjon a szociokulturális hatásokra is ügyelő multidimenzionális tünetértelmezés. Ennek fényében a kórkép valós ábrázolásához egyszerre szükséges értékelni az egyén organikus hátterét, kapcsolati viszonyait és pszichológiai státuszát is. A medikalizáció biokémiai redukcionizmusa és az erektilis diszfunkció betegség leírásának orvosi modellje vélhetően torzítja a diagnosztikus folyamatot, hiszen a fajtipikus működések és rendellenességek a referenciacsoportok szűkítésével (pl. a 40–79 éves korcsoport 20–39 évesre szűkítésével) a hajlamosító okokat is befolyásolják (Rastrelli – Maggi 2017).

Fontos kiemelnünk, hogy az erekciós zavaroknak a fiatal populációban megfigyelhető demedikalizációs törekvése is veszélyeket rejt magában. Hiába feltételezhető, hogy az orvosi segítséget kérő fiatal férfiak háttér okai között az organikusnál nagyobb eséllyel húzódnak meg párkapcsolati, pszichológiai és szociális komponensek, az etiológia helyes értelmezése miatt feltétlenül szükséges az ilyen panaszokkal jelentkező fiatalok tüneteit is minden diagnosztikai ágenst figyelembe véve kivizsgálni. Bizonyított, hogy bár ritkán, de a fiatal korosztályban éppúgy előfordulnak a tünetek megjelenése mögött meghúzódó szervi okok, amelyek egyes kutatások szerint előjelezhetnek későbbi kardiovaszkuláris betegségeket is. Ezt a tényt alapul véve, a rutinszerű demedikalizáció megfoszthatja az érintett fiatal férfiakat a kardiovaszkuláris rizikócsökkentésnek megfelelő időben és helyes eszközökkel történő elkezdésétől. Összességében tehát megállapíthatjuk, hogy hiába aggasztó az erektilis diszfunkció évről-évre növekvő prevalenciája, a fiatal férfi populáció rutinszerű demedikalizációja is veszélyeket rejt magában (Rastrelli – Maggi 2017).

Nem túlzás azt állítani, hogy a XX. századra az orvostudomány is hozzájárult az úgynevezett „életen át tartó szex!” (*sex for life*) imperatívusz széles körű elfogadtatásához, amelynek értelmében egy tudományosan fejlett világban az életkor önmagában már nem képezheti akadályát a behatolással járó szexuális aktusok létesítésének. Kérdéses azonban, hogy a szexuális élet szinte korlátok nélküli időbeli meghosszabbítása kinek az igénye és érdeke valójában? Tényleg arról van-e szó, hogy a Viagra, a Cialis, a Levitra és a további készítmények megjelenése a modern orvostechológia korában szociali-

zálódott férfiak, vagyis a fogyasztók igényeire adott direkt válaszként értelmezhető? Annie Potts és munkatársai 2006-os tanulmányukban ezt a kérdésfelvetést boncolgatják. Tézisük szerint az erektilis diszfunkciónak nevezett jelenség mára diagnosztikus és terápiás oldalról egyaránt elfogadottá vált, azonban a férfiak szexuális attitűdjeinek egyoldalú átértelmezése figyelmen kívül hagyja egy szélesebb réteg interpretációját a „normális” szexuális életről (Potts et al., 2006). A szerzők koncepciójuk kibontásában Margareth Morganroth Gullette-nek az úgynevezett „*midlife decline narrative*” tézisére támaszkodtak. A hanyatlással kapcsolatos diskurzus megkerülhetetlen az erektilis diszfunkció társadalomtudományi kontextusának pontosabb megragadásához.

A férfiak szexuális magatartásának vonatkozásában Gullette hanyatlástézise úgy értelmezhető a legkönnyebben, ha először is azonosítjuk a nyugati társadalmak heteroszexuális férfiakkal szemben támasztott szexuális elvárásokat. Ennek középpontjában a test öregedésével kapcsolatos testtapasztalatok negatív értelmezése áll. *Kultúránk számos irányból azt közvetíti felénk, hogy a szexuális együttlétek számának csökkenő tendenciája problémászínezetet kell, hogy öltön.* Gullette igyekezett újradefiniálni a „normális” szexualitás fentebb ismertetett szűk (vagyis a behatolásra való képességként fel-fogott) értelmezését. 1998-ban megjelent *Welcome to Middle Age (and Other Cultural Fictions)* című munkájában hangsúlyozza, hogy bár rengeteg férfi számol be a szexuális életét érintő változásokról, azonban elmondásuk alapján a behatolásra való képesség nincs összefüggésben az aktusok minőségével.

Ebben az értelemben tehát Gullette munkásságát tekinthetjük egy-fajta demedikalizációs ellenpontként is, hiszen nyíltan szembement az erektilis diszfunkció alapját képező hanyatlásnarratívával, amelynek helyébe az életkor medikalizációját zárójelező „progresszív narratívát” léptette. Potts és munkatársai is visszautalnak a medikalizáció Foucault-hoz kötődő interpretációjához. Ennek értelemben a medikalizált társadalmakról azt feltételezzük, hogy a hatalom az egyén mozgásterét ellenőrzi, racionalizált diskurzusok által korlátozza, és ez összességében elsöprő hatalmi fölényt eredményez. Ahogy a homoszexualitás vonatkozásában az 1.4. fejezetben rámutattam, a disz-

kurzív hatalmi fölény meggyöngyítését új narratívák érvényesítésével lehet elérni. Gullette és később Potts munkásságát ennek tükrében joggal tekinthetjük alkalmazott filozófiai praxisnak is, amely nem kevesebbet tűzött ki céljául, mint az egyén kiszabadítását a szexualitás medikalizációjának normatív terhe (behatolásfókuszú együttlétek) alól. A „normális szexualitásról” szóló diszkurzív spektrum kiszélesítésének segítségével összességében az egyén visszanyerheti autonómiaérzetét, és megálljt parancsolhat az andropauza identitásformáló folyamatának.

2.9. AZ EREKTILIS DISZFUNKCIÓ MEDIKALIZÁCIÓJA

– A VIAGRA-MARKETING ARCULATVÁLTÁSAI

A férfiak szexualitásához és a test öregedéséhez kapcsolódó társadalomtudományos diskurzusban a szakirodalom szinte kivétel nélkül megkülönböztet pre- és poszt-Viagra korszakot, amelynek határvonalat közvetlenül az ezredforduló előtti évek jelentik. A talán leghíresebb potenciagyógyszer 1998-as piaci betörése számottevően befolyásolta a férfiak szexualitásával és öregedésével kapcsolatos társadalmi attitűdöket a nyugati országokban.

A Viagra előtti időkben egyáltalán nem volt ritka, hogy a férfiak életkori sajátosságának, hangsúlyozottan *normális* folyamatának tekintették az intimitáshoz kapcsolódó szokások megváltozását (pl. szexuális aktusok számának csökkenését). A férfi menopauza nem kapcsolódott össze szervesen a hanyatlásnarratívával, hiszen a behatoláshoz szükséges fallikus képesség elvesztése nem eredményezi szükségszerűen az aktív szexuális életről való lemondást, inkább csak az örömszerzés módozatainak megváltoztatását. Számos tudományos szöveg, mely a Viagra piaci bevezetését megelőző időkben jelent meg, külön kategóriákba rendezte a férfiak szexuális életében az évek múlásával bekövetkező változásokat. Az egyik leghíresebb ilyen narratíva Gail Sheehy nevéhez kapcsolódik, akinek kiindulási alapja távol áll a korunkban általánosan elfogadott „*sex for life*” imperatívustól, amely szerint az egészséges férfiak szexuális viselkedését nem szabad, hogy az életkor kényszerűen befolyásolja. A szexuális élet egyes élet-

kori állomásait összegző munkájának jelmondata sokkal inkább van összhangban az úgynevezett „használd, vagy veszítsd el” (*use it or lose it*) imperatívusszal, miszerint a férfiaknak érdemes élniük a saját lehetőségeikhez mérten kínálgató eszközökkel a szexuális életük folytatásához, különben később ez a képességük is elvész (Sheehy 1999 idézi Potts et al., 2006, 310).

Fontos részmegállapítás, hogy *a kétezres éveket megelőző évtizedekben az öregedésről és a szexuális szokások változásáról szóló diszkurzust egyáltalán nem a degeneráció és a lelassulás asszociációi dominálták*. Ellenkezőleg, hiszen ahogy arra számos szöveg rámutat, a férfiak örömforrása nem kapcsolódott szükségszerűen a behatolással járó együttlétekhez, így ennek a képességnek a kvázi elvesztése nem eredményezett medikalizációt. Ahogy arra Potts is felhívja a figyelmet, az életkori változásokra a kölcsönös örömszerzés új eszközeként, a genitális régióktól eltérő testtájak felfedezésének lehetőségeként is tekinthetünk. Ki kell tehát hangsúlyoznunk, hogy a Viagra térhódítását megelőzőleg is számolni kellett a középkorú férfiakkal szemben támasztott elvárásokkal, a férfiak változó szexualitásából adódó új normák megjelenésével, azonban *ez kizárólag a test megváltozott természetéhez való adaptációra szólította fel az érintetteket*. A pre- és poszt-Viagra éra egy tekintetben azonban fontos hasonlóságot is mutat, tudniillik mind a hanyatlás, mind a progresszió narratívái abból az axiómából indulnak ki, hogy a maszkulitásnak alapvető része a szexuális élet folytonos és élethosszig tartó művelése.

A két éra közötti további különbség egy banális definíciós problémára vezethető vissza, jelesül a „szex” fogalom tartalmi különbözőségére. Ahogy arra fentebb utaltam, az erektilis diszfunkció medikalizációját megelőzően a „szex” többet jelentett, mint a poszt-Viagra éra esetében. A gyógyszer megjelenése után a férfiak szexuális értelemben vett aktív státusza szinte csak és kizárólag a behatolásra való képességén állt vagy bukkott. *Ez az erőteljes redukcionizmus az intimitás egyéb módozataira nyitott személyek szexuális aktivitását figyelmen kívül hagyta, és patológikussá színezte a behatolásra nem, vagy csak korlátozottan képes populációt*. A pre-Viagra éra üzenete, hogy mindenki találja meg az intim együttléteknek, a gyönyörszerzésnek azt a módját, amely által az egyén alkalmazkodhat a természetéből fakadó

képességeihez. A poszt-Viagra éra viszont a behatolási képesség helyreállításának ígéretével egészen más normákat fogad el, hiszen az intimitás korábbi széles spektrumát egy penetrációfókuszú szemlélettel váltotta fel. *Ez a narratíva egyúttal forradalmasította a szexuális egészségről és betegségről alkotott elgondolásainkat, és a szexuális képességek életkorhoz való adaptációjának erényét felváltotta a kortalan férfi tömegeknek szánt üzenet, miszerint a szexet életkortól függetlenül élvezni kell!*

Kétségtelen, hogy a Viagra mint az első valóban biztonságos és széles körben hozzáférhető impotencia vagy erektilis diszfunkcióterápia, nemcsak a szexuális teljesítményével elégedetlen férfiak/párok életére nézve gyakorolt visszafordíthatatlan változást, hanem megreformálta a férfiak szexualitásával kapcsolatos modernkori elvárásokat is. 1998-as megjelenése mindenképpen fordulópontnak tekinthető az erekciós zavarok kezelésében, tekintve, hogy az első gyógyszeres terápiát megelőzőleg a medicina csak és kizárólag beültethető protézisekkel és injekciókkal, vagyis költséges és viszonylag széles mellékhatás-spektrumú, invazív módokon tudta kiszolgálni a problémával élők igényeit (Gurtner et al., 2017). A betegcsoport elsősorban azokat a jellemzően 60 év feletti férfiakat jelentette, akik valamilyen ivarszeri elégtelenség, pl. a prosztatata vagy a herék rosszindulatú vagy jóindulatú elváltozásai miatt képtelenné váltak az erekció létesítésére.

A következőkben a Viagra medikalizációval való összefüggését, az erektilis diszfunkcióra gyakorolt hatását tekintem át. Ahogy azt az andropauza kapcsán korábban tettem, most is megkísérlem azt bemutatni, hogy miként érvényesült az erektilis diszfunkció szomatizációs mechanizmusa, amelyet a maszturbáció vonatkozásában Foucault három stratégiai eszköz segítségével feltárt.

A gyógyszer relatív biztonságosságából és könnyű hozzáférhetőségéből adódóan a Viagrát a szexuális forradalom részeként kell megragadnunk, melynek össztársadalmi hatásai a fogamzásgátló szerek elterjedéséhez hasonlatosak. Ennek fényében a következőkben amellett fogok érvelni, hogy a Viagra nagymértékben felelős a „sex-for-life” kultúra globális elterjedéséért, valamint a behatolással járó szexuális aktusok jelentőségének a felértékelődése által a heteroszexuális párkapcsolatok szexuális magatartásainak a normalizációjáért.

A Viagra és generikumainak működési mechanizmusa a genitális területek vérellátásának fokozásában áll, amely képessé teszi a férfit a behatoláshoz szükséges mértékű erekció előidőzésére és fenntartására. Érdekes adalék, hogy a szildenafil-citrát tartalmú készítményt, amit a felhasználók egyre gyakrabban a szexuális teljesítményfokozás szándékával alkalmaznak, eredetileg a magas vérnyomás terápiájaként, szívgyógyszerként, de még a károsodott gerincvelő kezelésében is próbára tettek. Népszerűségét tovább növeli, hogy mellékhatásspektruma átlagosnak mondható, valamint viszonylag kevés olyan alaptergység ismert, amely a Viagra alkalmazását ellenjavallná (Moreira et al., 2000, 474–476).

A Viagra tehát 1998 óta a Pfizer gyógyszerég olyannyira közismert és népszerű terméke lett, hogy piaci megjelenését követően egészen rövid időn belül az erektilis diszfunkció és az impotenciaterápiák rokon értelmű kifejezésévé vált. Kevés ma kapható, a Viagrához hasonlóan népszerű, és szállóígeként is használatos készítmény fordul elő a nemzetközi piacon, így az Aspirin, a Prozac vagy a Xanax mellett a Viagra napjainkban a világ legszélesebb körben ismert gyógyszerai közé tartozik.

Az erektilis diszfunkció mint szociokulturális képződmény, a medikalizációs szakirodalom egyik fontos toposza. Chris Wienke koncepciója alapján tekintsük át az impotencia farmakolizációjának főbb mozgatóit és következményeit. Tézisem Wienke alapján, hogy az erektilis diszfunkció gyógyszeres terápiája a férfiak „normális” szexuális működésének megváltozásához és technicizálódásához vezetett. A folyamat előidézői címszavakban: (1) a technológiai fejlődés; (2) a természetes szexualitás fokozása (*enhancement*); (3) a maszkulin uralom továbbvitele; (4) nem orvosi célú életmód-befolyásolás (Wienke 2005, 31).

Az ezredforduló globálisnak mondható technológiai hozadéka, az egyre nagyobb tömegek számára elérhető internet-hozzáférés, mely a Viagra elsőszámú piacának számító Egyesült Államokban drasztikusan befolyásolja a felhasználók gyógyszerhez jutási szokásait. Az erektilis diszfunkció diagnosztikai eszközei egy 15 ítemből álló önértékelő skála kitöltésével kezdődtek, amelyet a *New Jersey Center of Sex and Marital Health* központ urológus és családorvos szakemberei

fejlesztettek ki. Az internetes gyógyszervásárlás a kérdőív online kitöltésével hamar kiiktatta az erekciós problémákkal küzdő férfiak orvoslátogatási kötelezettségét, és igencsak aggályos, hogy így járulékosan a multikauzális háttér okok felderítésének lehetőségét is (Carpiano 2005, 441–450 idézi Wienke 2005, 34).

A medikalizált impotencia létrejötté Wienke értelmezésében egy meglehetősen összetett multiprofesszionális együttműködés eredménye, melyben az orvostudomány és a gyógyszeripar csak két meghatározó komponens a sok közül. Számításba kell venni a tömegkultúra médiumainak szerepét és a fogyasztói társadalom sajátosságait is. A modern kor férfiképébe integrált fallocentrikus, tehát a vaginális és anális behatolásra fókuszált szexuális kultúra háttérbe szorította a szexuális érintkezések emocionális és az intimitás egyéb formáit is magában foglaló dimenzióit. Ez a változás, mint azt fentebb hangsúlyoztuk, a poszt-Viagra éra egyik jellegzetessége volt, melyet a szexuális tartalmakhoz való könnyű internetes hozzáférés csak fokozott. Számos könyv és tanulmány foglalkozott az online pornográf tartalmak rendszeres fogyasztásának a szexuális egészségre gyakorolt hatásaival. Ezek eredményei arról árulkodnak, hogy az internetes pornófogyasztási szokások diagnosztikus értéke jelentős a szexuális zavarok feltérképezésében. Ennek oka, hogy közöttük számottevően nagyobb azoknak a személyeknek az aránya, akik erektilis diszfunkcióban szenvednek, vagy a partnerük iránt érzett vágy csökkenéséről számolnak be az online tartalmak túlzott fogyasztása miatt (Park et al., 2016, 17). Ezekben az esetekben a Viagra csak tüneti és nem oki terápia lehet.

A Viagra magával hozta a szexuális élet feletti technicizált kontrollgyakorlás lehetőségét is, amely az androcentrikus értékek kielégítését is elősegíti. A Viagra az autonómia és önbizalom kék pirulájává vált, melyre azokban a kultúrákban, ahol a hatalom birtoklása nemcsak érték, hanem egyben interperszonális és társadalmi elvárás is, érthető okokból támaszkodik az egzisztenciális kihívásokkal küzdő férfiak egy része. A maszkulin identitás normalizációjának és interiorizációjának során nagymértékben befolyásol a minket körülvevő világ tapasztalata, a tárgyi környezetet, interperszonális kapcsolatainkat is beleértve. A szubjektum mint társadalmi konstruktum

formációjában nagy szerep jut annak, amit Cecilia Asberg és Ericka Johnson *társadalmi fantáziaként* (*socail phantasy*) nevesítenek. A fogalom azt a dinamikusan változó önteremtő folyamatot írja körül, melyben a tárgyi világ számunkra megjelenik, és ahogyan a társas kapcsolatainkat tapasztaljuk. A skandináv szerzőpáros a Viagrának a svéd társadalomra gyakorolt hatásait elemezte abból a célból, hogy hermeneutikai nézőpontból felülvizsgálják az általuk csak „Viagra-maszkulinitásnak” nevezett svéd társadalmi fantáziákat.

Tanulmányuk egyik meghatározó eleme a naturalizáció (*naturalization*) kulturális-ideológiai folyamata, mely lényeges iránypont a XX. század szexualitással kapcsolatos sztereotípiáinak megragadásához. A fogalmat a következőkben a Viagra vonatkozásában értelmezem. Bár paradox módon gyógyszerről van szó, a termék naturalizáló szerepe mégis meghatározó, hiszen a férfi *természetéből* fakadó, kortalan normává tette az erekciónak a behatolási cél-okságra egyszerűsített funkcióját (Asberg – Johnson 2016). A Viagra naturalizáló narratívája látszólag csak deskriptív céllal határozta meg a szexuális funkciók és diszfunkciók diskurzusát, abból a célból, hogy értéksemlegesen elkülöníthessük az egészséges és beteg férfiakat. Ez azonban a leírásoknak rögtön preskriptív többletjelentést is adott (Asberg – Johnson 2016, 91). A Viagra az erektilis diszfunkcióról szóló naturalizáló diskurzussal egyben az életre szóló szexuális aktivitás normalizációját is elvégezte. Ez annak fényében magától értetődő, ha figyelembe vesszük a gyógyszer által megkreált maszkulin szubjektumnak otthont adó kontextust, vagyis a sikeres öregedés értékhierarchiáját, melynek fontos eleme a szexuális egészség megőrzése. Ezt első látásra értékelhetjük az autonómia meghosszabbításának eszközeként, hiszen a gyógyszer által kiváltott hatás átmenetileg elhomályosítja a férfiertékek természetes megjelenését akadályozó komorbid állapotok testi és pszichés tüneteit. További pozitívum lehetne, hogy a készítmény reflektorfénybe helyezhetné a férfi értékek mulandóságának sajátosságát is. Ez egzisztenciális értelemben igen fontos lehetőség, hiszen elősegíthetné, hogy a férfiak filozófiai mélységgel, értelemadóan szembenézzenek saját öregedésükkel, egyben végességükkel is.

A Viagra piaci dinamikáját tekintve fontos részmegállapítást tehetünk: a gyógyszer egy azon időben megjelenítette az egyén véges-

ségének tényét, amit aztán rögtön felülírt az öregedés ellen alkalmazható orvostechnikai eszközzel. Ez a folyamat filozófiai értelemben meglehetősen károsnak bizonyult, hiszen sokkal inkább kedvezett az erektilis diszfunkció medikalizációja kiépülésének, semmint hogy elősegítette volna a végességével egészségesnek mondható viszonyt kiépítő társadalom létrejöttét.

A Viagra által bejárt út a farmakolizáció iskolapéldája. Marketingje szinte teljes mértékig átalakult bő húszéves piaci szereplése óta. Ezt az átalakulást Asberg a termék célpopulációjának megváltozásával szemlélteti. A célcsoport a kezdetekben szinte kizárólag az idősebb, súlyosabb orvosi problémákkal küzdő férfiakra korlátozódott, ám a Pfizer gyógyszercég rövid idő elteltével a hétköznapi, harmincas éveiben járó személyeket kezdte el megcélozni. Az úgynevezett „*direct-to-consumer*” hirdetések elterjedésével a vállalat is lehetőséget kapott a célzott populációnak nem hagyományos felületeken (orvosi rendelők plakátjain) való megszólítására. Ezáltal a Viagra reklámok lépten-nyomon a férfiak látóterébe kerültek óriásplakátokon, a nyomtatott sajtótermékekben és a televízióban. Kis idő múlva a populáris kultúra részeként rendszeresen tematizálta a mozifilmeket, televíziós műsorokat, vicceket és híradásokat is. A Viagra tehát extrém rövid idő alatt igazi „*life-style-drug*” lett.¹⁸ A termék körüli hírverést, a gyógyszereszedési szokások normalizációját egy tökéletesen felépített marketinggépezet fűtötte, mely elsőként az 1996. évi amerikai elnökválasztásban részt vevő Bob Dole szenátor szereplésével váltott ki hatalmas és igen kedvező társadalmi visszhangot. A bő egyperces reklámban az akkor 75 éves politikus *vallott* a prosztata daganata következtében kialakult erektilis diszfunkciójáról, amelyben kiemelte a Pfizer által éppen piacra bocsátott gyógyszer hatékonyságát. Csupán öt évvel később, 2001-ben a képernyőkön már egy hatalmas Viagra-logókkal felmatricázott NASCAR versenyautó robogott be a háztartásokba, amelynek pilótája, az akkor 42 éves (!) Mark Martin, bukósiskáját levéve frappánsan csak annyit kérdezett „Bob Dole-ra számítottatok?!”. Az üzenet egyértelmű volt: *a Pfizer a kezdeti rek-*

¹⁸ A fogalom azokat a készítményeket hivatott leírni, amelyek a jó bio-pszicho-szociális állapotban lévő egyének életminőségének megkönnyítését célozzák azáltal, hogy kevésbé súlyos állapotokat kontrollálnak.

lámpolitikáját meghaladva, kitágítva az életkori célcsoportját, az egész, szexuálisan aktív amerikai populációt megszólította. Piaci részesedéseivel összhangban exponenciálisan emelkedett a médiában való megjelenéseinek száma is. A futball-legenda, Pelé, és az akkoriban nagy népszerűségnek örvendő amerikai színész, Charlie Sheen vagy akár az andro- és fallocentrikus kultúra egyik archetípusa, a Playboy birodalom tulajdonosa, Hugh Hefner is tett arra utaló kijelentéseket, hogy ők is Viagrafelhasználók.

Roman Meinhold a *The Philosophy of Viagra: Bioethical Responses to the Viagratification of the Modern World* (2011) tanulmányban fontos megállapításokat tett a *lifestyle*-gyógyszerek marketingkampányaival összefüggésben. Ezek mozgatója a magyar nyelvre nehezen lefordítható „*comparative melioration*”, összehasonlító melioráció fogalma. Ez a terminus azt a folyamatot írja le, amelynek során tudatosan felhívják a fogyasztók figyelmét egy tetszőleges állapotuk fejlesztettségére azáltal, hogy megvilágítják egy rájuk hasonlító másik egyénnek az övéknél jobb állapotát. Mit is jelent ez a gyakorlatban? Látnunk kell, hogy a szomszéd haja dúsabb, arca kevésbé ráncos, és ha ez nem lenne elég, még az autója is újabb, nagyobb a háza és a felesége is jobban illeszkedik a XXI. századi szépségtrendekhez. A másik ember ebben a mátrixban a szubjektumot mint aktív fogyasztót aktivizáló referenciapont egyik húsvér eszköze. Röviden összefoglalva: egy életjelenséget – gyakran egy gazdasági háttérszereplő érdekelttségével – diszfunkcionálisnak, egészségtelennek, egyszóval patológiakusnak írnak le azáltal, hogy egyben kijelölik az új normát is (Meinhold 2011, 179–180). Meinhold szemléltetésképpen a Viagra honlapjáról vett szó szerinti idézetekkel demonstrálta, hogyan kombinálható nagy sikerrel a patologizáció és a melioráció, melyet saját fordításban idézek:

„A 40 évesnél idősebb férfiak több mint fele számol be az erekció eléréseivel és megtartásával kapcsolatos problémáiról (tényleírás – diskurzus racionalizációja), amely egy valódi orvosi probléma (patologizáció), ugyanakkor a legtöbb esetben a keményebb és tovább tartó erekció (összehasonlító melioráció) a Viagra használatával elérhető” (Meinhold 2011, 180).

Az üzenet egyértelmű: hiába vagy képes az erekció létesítésére, ha az lehet keményebb és hosszabb ideig fennálló. A Meinhold által használt meliorizáció (*melior* „jobb”, „jó”) fogalom szándékosan a földművelés területéről vett kifejezés, amely hagyományosan a talaj minőségének javítására vonatkozott. A szerző is ebben a minőségében használja a terminust, ezzel reflektálva arra a modernkori koncepcióra, amely szerint a természet részét képező ember, akárcsak a bevethető szántóföldek, művelhetők bizonyos eszközökkel. Bár a terminus nem tekinthető az antropológiai vagy filozófiai irodalomban egyedülállónak, ennek ellenére ide tartozik minden olyan technológia, amely az emberi individuum vagy a faj fejlődését és fokozását (*enhancement*) célozza.

A Viagra marketingje olyan alapvető maszkulinitáshoz fűződő értékeket tesz próbára, amelyek nélkül a férfi önértékelése és szubsztanciája az adott korban nem lehet teljes. A Pfizer gyógyszercég a medikalizáció egy igazán jól dekódolható stratégiáját hívta elő, hiszen megteremtette a férfiak számára kívánatos irányt, kijelölve a gyógyszer használatával elérhető értékeket, melyeket Meinhold metajavaknak (*meta-goods*) nevez. Ezek definíciószerűleg olyan egzisztenciálisan, intellektuálisan, pszichológiaiilag, érzelmileg, társadalmilag és spirituálisan fontos értékek és szimbólumok, amik bizonyos termékek és szolgáltatások *immateriális* melléktermékei. A metajavak a fogyasztói tevékenység során látszólagosan felruházzák a fogyasztókat. Melyek a Viagra birtoklásával együttjáró metajavak? A jobb szexuális élet, a jobb önbecsülés, a fiatalság, a férfiasság, melyek együttvéve *a jobb élet érzetét és látszatát* teremtik meg (Meinhold 2011, 181). A látszat megteremtése pedig épp olyan fontos, mint az egyén közérzetének javítása, hiszen a Viagrafogyasztó egyén egyben valaki szomszédja is, így a fogyasztói kultúra kauzális láncolatának lényegi eleme.

A Viagra marketingstratégiájának az erektilis diszfunkcióban játszott szerepe még egyértelműbb, ha figyelembe vesszük a reklámkampányok nemzetspecifikus törekvéseit. Asberg kiemeli, hogy egyes gyógyszergyárak internetes megjelenésének üzenetértékét nem lehet alábecsülni. A szerző hivatkozik a Benedict Anderson által használt antropológiai konstruktivista nemzetkonceptióra, amelyet ő „elképzelt közösségek” (*imagined communities*) címen használt. Eme tézis

értelmében jó eséllyel valószínűsíthető, hogy egy befolyásos gazdasági szereplő által kialakított férfi kép az egyes társadalmak önmeghatározását is kollektívan (nemzetspecifikusan) befolyásolja. 2003 nyarán Svédországban a Pfizer egy nyilvános közvéleménykutatást kezdeményezett a „férfias férfi” (*manly man*) karakterisztikájának leképezésére, amit aztán reklámkampányában tudatosan felhasznált. Bár az Asberg által hivatkozott tíz pontból álló listán nem erkölcsi erények szerepelnek, a szemléletesség kedvéért mégis fontosnak tartom ezeket megjeleníteni (Asberg – Johnson 2009, 92):

1. Gyakorlatias és ügyes (jó kézügyességű)
2. Jó képességű
3. Jól fizetett állású
4. Vonzó partnere legyen
5. Fitt és izmos teste legyen
6. Vonzó külseje legyen
7. Érdeklődjön a sportok iránt
8. Mindig készen álljon a szexre
9. Legyenek műszaki cikkei
10. Legyen menő autója

Bár a svéd „Viagra-man” magyar mintáját nem tudjuk leképezni, hiszen a vényköteles gyógyszerek reklámozása Magyarországon törvényi akadályba ütközik, ugyanakkor a férfiasághoz társuló univerzális erények meglehetősen hasonlóságokat mutatnak azokban az országokban, ahol a gyógyszergyárak működését szabályozó környezet kevésbé szigorú. Az online marketing elemzésének konklúziója tehát az, hogy a gyógyszercég szisztematikusan felépítette a „normális” férfi képét, melynek legfőbb jellegzetessége, hogy középkorú, felső-középosztályhoz tartozó, természetes kinézetű, heteroszexuális, sok esetben valamilyen természeti környezetben ábrázolják, valamint egészséges testi adottságokkal bír (Asberg – Johnson 2009, 97–98). A Viagra üzenete nem kevesebb, mint hogy az a személy, aki bár rendelkezik a kampányban megjelenített tulajdonságokkal, de potenciaproblémái vannak, nem részesedik teljes mértékig a férfiaság erényeiből, *eo ipso* tökéletlen. Asberg a naturalizáció paradoxonját a reklámszövegekben is azonosítja, hiszen a gyógyszer igen összetett

biokémiai segítséggel ígéri a „férfi természet” helyreállítását annak érdekében, hogy a „természet végezhesse a dolgát.” A Viagra minden főbb tulajdonságát összevetve tehát egy, a *gender-studies* számára is értékes jelenségként értelmezhető, amely vizuális és írásos eszközökkel tovább erősítette a patriarchális társadalmak klasszikus androcentrikus értékeit. A *férfiasság szimbolikus értelme a teljes értékű szexuális élet, amelynek elválaszthatatlan eleme lett a heteroszexuális kapcsolatokban megvalósuló behatolással együtt járó és élethosszig tartó nemi élet* (Asberg – Johnson 2009, 97–98). A Viagra körül kialakult közbeszédből és tudományos diskurzusból csak egyvalami hiányzik: a nő maga, ezért az erektilis diszfunkció evolúcióját tekintetjük az androcentrizmus esettanulmányának is.¹⁹

A meliorizáció mint a minőségileg valami jobbra (életminőségre; egészségre; lakhatásra stb.) való törekvés, áthatja az egész filozófiatörténetet. A német filozófus és szociológus, Georg Simmel, az élet értelmét a tökéletesedésért való küzdelemként írta le, melynek meghatározó eleme a társas hajlam. Utóbbinak nélkülözhetetlen része, hogy a társas érintkezés következtében magunkat másokhoz mérjük, vagyis szociális interakcióink minden esetben komparatív attitűddel is rendelkeznek. Ahogy Meinhold kiemeli, az egyén kapcsolatai által folyamatosan transzcendálja önmagát, amely tehát az ember esszenciális attribútuma. A reklám nem tesz mást, mint vizualizálja az embert övező metajavak (egészség, gyorsaság, szellemi frissesség stb.) elérését segítő eszközt, amely szükségszerűen tehát nemcsak deskriptív, hanem preskriptív töltettel is rendelkezik, hiszen a teljesítménynyfokozást és bizonyos hibáink helyreállítását is normalizálja (Meinhold 2011, 183).

A gyógyszer széleskörű népszerűsítésének a következményeként a Viagra teljesítménynyfokozó (*enhancement*) technológiaként is jellemezhető. Az *enhancement*-technológiák kifejezést a *The Hastings Center* kiváló bioetikusának, Erik Parensnek értelmezésében használom. Ide tartoznak azok a *technológiák és orvosi biológiai beavatkozások, amelyek az emberi természet vagy egyes funkcióinak a meg-*

¹⁹ A nők szexuális diszfunkciójának medikalizációja kapcsán a Viagra és a nők kapcsolatát részletesen elemzem.

őrzésén vagy helyreállításán túlmutatnak (Parens 1998). Conrad kiemeli, hogy mind az Egyesült Államokban, mind Angliában jogi szabályozással igyekeztek a gyógyszer kozmetikai vagy „*life-style-drug*” jellegű felhasználását korlátozni. Erre kiváló példa az ezredforduló Egyesült Királysága, ahol a Viagra receptjét csak és kizárólag olyan szexuális diszfunkciók esetén lehetett felírni, amelynek hátterében organikus okok álltak (pl. diabétesz, prosztatata daganat, veseelégtelenség stb.) (Conrad 2007, 42). A keresleti oldalról ennek ellenére óriási igény mutatkozott a gyógyszer alkalmazására, amely a szigorú receptfelírási protokoll miatt kedvezett a készítmény internetes, sokszor kétes eredetű honlapokról való kereskedelmének. A gyógyszerek vonatkozásában az illegalitás, és a hamisítvány fogalmai gyakran egymásból következnek. A WHO becslése szerint 2006-ban a gyógyszerforgalom nagyjából 10%-át hamisítványok tették ki, amelyek hozzávetőleg 75 és 200 milliárd dolláros pénzforgalmat generáltak (Chiang et al., 2017, 17–19).

A készítmény néhány év leforgása alatt eltávolodott a kezdeti intenciójától, vagyis hogy az erekciós problémákkal elsősorban organikus okok miatt küzdő férfiaknak nyújtson relatíve biztonságos gyógyszeres segítséget. Az előzőekben rámutattam továbbá arra, hogy (1) az androcentrikus tulajdonságok felértékelődéséből, (2) a férfiak öregedésének szomatizációjából, (3) a penetrációfókuszú szexuális aktusok normalizációjából és (4) „*sex-for-life*” kultúra népszerűsítéséből kifolyólag a nyugati országokban mára tömegek számára vált elfogadottá a szildenafil felhasználása a modern férfiideál elérésének eszközeként. A medikalizáció térnyerése mellett azonban napjainkban egyre nagyobb teret kapnak új, a szexuális intimitás horizontját tágító narratívák (Scheinkman et al., 2022). A penetráció központú kultúrával szemben sokan hangsúlyozzák az életkorspecifikus sajátosságoknak megfelelő szexuáledukáció fontosságát, amelynek motívóját a pszichoterapeuta Suzanne Iasenza ekképpen foglalja össze: „[A]míg van testünk, megvan a lehetőségünk az érzéki és érzelmi örömek átélésére, nem számít, hogy milyen jól működnek a részeink” (Iasenza 2020).

2.10. AZ ANDROGÉN ALOPECIA (FÉRFIAS TÍPUSÚ KOPASZODÁS) MEDIKALIZÁCIÓJA

Bármennyire triviálisnak is tűnik, fontos leszögeznünk, hogy a szőrzet, első sorban a haj, a testkép megalkotásának esszenciális alkotóeleme. A teljes értékű fejszőrzet az ideálisnak gondolt testkép részeként értelmezhető, melyhez hagyományosan különösen fontos társadalmi, pszichológiai és biológiai üzenetek is kapcsolódnak (Cash 2001, 161–166). Akárcsak számos egyéb, a testkép esetében fontos tényező, úgy a haj esetében is közvetítésre kerülnek különféle szomatikus, mentális és szociális üzenetek az egyén szándékától függetlenül.

Conradra támaszkodva megállapíthatjuk, hogy a kopaszság egészen a XIX. század végéig szigorú értelemben véve nem kapcsolódott össze az orvostudománnyal. A jelenség ugyanakkor már egészen korai szövegekben is megjelent, előtérbe helyezve annak – ha nem is orvosi –, de bizonyos problémajellegét. Időszámításunk előtt 1500-ban, Papyrus és Paracelsus írásaiban is megjelenik a kopaszság, amelyen általában véve az alkímia és a mágia fortélyaisal próbáltak úrrá lenni (Conrad 2007, 34). Az 1800-as évek végén, majd egy századdal később, azonban már jól kimutathatóan az orvostudomány hatókörébe vonódott a haj minőségével és mennyiségével kapcsolatos diskurzus. A téma társadalomtudományi vonatkozásában talán leginkább átfogó, *Baldness: A Social History* című művében Kerry Segrave kronologikusan áttekintheti a kopaszkodással kapcsolatos orvosi narratívákat, amelyek legfőbb ismértve a multikauzalitásból fakadó bizonytalanság. A fésűkőn megtelepedő gombás fertőzéstől kezdve a kalapok vérkeringésre gyakorolt negatív hatásain át a hajvesztés magyarázataként számos dermatológiai, belgyógyászati és genetikai igazoláskísértet előfordult (Segrave 1996).

Könnyen gondolhatjuk, hogy a kopaszkodás modernkori medikalizációja a nyugati országokból, elsősorban a XX. századi Egyesült Államokból eredő folyamat. Ennek a tézisnek ellentmondani látszik Ronald Henss összefoglaló közleménye, amelyben a szerző nem mást állít, mint hogy a testszőrzet kulturálisan minden történelmi korban meghatározó tényezőnek mutatkozott, és a kopaszkodástól való féltmünk és a vele kapcsolatos szorongásunk az emberi létmódunkból fakadó, időközön átívelő kulturális sajátosságunk.

Henss rámutat a haj minőségének és mennyiségének négy fontos kulturális aspektusára, melyek kellő munícióként szolgálhattak a kopaszodás medikalizációs narratívájához is. A következőkben röviden áttekintem a hajhoz társított vizuális kitűnéssel (*visual prominence*), variabilitással (*variability*), alakíthatósággal (*malleability*) és végül a társadalmi jelentéshordozó képességével (*social signals*) kapcsolatos kulturális dimenziókat. Mivel a külső megjelenésünk számos vonatkozásban meghatározó (az egyén mások általi megítélése; önmagunk megítélése), így nehéz alábecsülni a haj pszichológiai és társadalmi értékét. A frizura az egyik legkönnyebben megváltoztatható testfelületünk, ezáltal egy meglehetősen gyors és egyszerű eszközként használható megjelenésünk formálásához, valamint igazán gyorsan vissza tudja tükrözni az egyén szociodemográfiai helyzetével kapcsolatos állapotváltozásokat is. Reprezentációs ereje mindezek tükrében tehát jelentős. Nem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy a haj mellett azonban az ember megjelenésének egésze üzenetértékkel bír, így a másik ember észlelése egy meglehetősen összetett mentális folyamat. A haj jelentéstartalmát számos szociálpszichológiai tanulmány alapján igazolható, amely tézist a későbbiekben példákkal is igyekszem alátámasztani. Előtte azonban ismerjük meg a hajnak mint kulturális üzenőfelületnek többtényezős koncepcióját, mely segít megértenünk, hogyan válhatott a férfiak hajvesztése a medikalizáció egyik kiemelt és igen javadalmazó ágazatává.

A „vizuális kitűnés” tekintetében a haj a környezetünk figyelmét talán leghamarabb felkeltő testrészünk, tekintve, hogy a *homo sapiens sapiens* evolúciója során a testfelület nagyobbik részét korábban borító szőrzetet szinte teljesen elvesztettük. A frizura „variabilitásának” számos dimenziójával (hosszúság, hajsztín, textúra, stílus stb.) hozzájárul az interperszonális különbségek gyors és könnyen dekódolható megjelenítéséhez. Vizsgálódásunk vonatkozásában a hajviselés legérdekesebb aspektusa az „alakíthatósággal” és a „társadalmi jelentéshordozó képességével” kapcsolatos. A „variabilitás” fájdalommentes módosítási lehetősége azonnali üzenetértékül szolgál az egyén különböző testi, pszichológiai és szociális státuszaival (érzelmi, szociális, testi állapotok) kapcsolatosan. A „haj társadalmi jelentéshordozó képessége” a medikalizáció tekintetében kiemelt jelentőségű. A haj

minősége és mennyisége ugyanis számos kulturális és egészségügyi többletjelentést hordoz, így arra vonatkozólag is információ értékkel bír, hogy milyen az egyén szociodemográfiai státusza (életkor, nem, etnicitás), az egészségi állapota vagy éppen a társadalmi státusza (Henss 2001, 64–65).

Mindezek tükrében érthető, hogy a haj önértékelésben játszott szerepe is kiemelkedő. A kopaszodás társadalmi percepcióját számos tanulmány vizsgálta. Ezekben alapvetően közös, hogy a fizikai vonzalom kialakításában a haj mennyiségének és minőségének fontos státusz-értéke van. Ez a megállapítás számos empirikus vizsgálat alapján mind a férfiak, mind a nők esetében igaznak tűnik. A férfiak hajvesztésével összefüggésben kialakult úgynevezett „fizikai vonzalom sztereotípiá” (*physical attraction stereotype*) hatásából gyakran következtetnek az egyén devalvált társadalmi megítélésére. Mivel mind Henss összefoglalása, mind Dirk Kranz és munkatársainak áttekintő közleménye igazolta, hogy a kopaszodással egyenes arányban csökken a nők férfiak iránti fizikai vonzalma, így biztosak lehetünk abban, hogy legalábbis korunkban, a haj önértékelésre és párválasztásra gyakorolt hatása kiemelkedő. A férfiak kopaszodásának interperszonális vonatkozásait vizsgáló tanulmányok azonban nem egységesek a kopasz férfiak társadalmi vonzerejével (*social attractiveness*) kapcsolatosan. Kranz egy 2011-ben végzett vizsgálata kimutatta a kopaszodás társadalmi elismerést fokozó hatását. Értelmezésében ez egy fontos kutatási eredmény, és fiatal felnőtt férfiak esetében inkább a haj ritkulásának elfogadását, nem pedig az ez elleni küzdelmet kellene facilitálni (Kranz 2011, 343–348).

A kopaszodás hatását a fizikai vonzalomra és énképre a fenti eredmények azonban nem tudták tompítani, így a kozmetikai és gyógyszeripar elsőpró gazdasági sikerrel kapaszkodhatott a hajra épülő gazdasági potenciál kiaknázásába. Bár a férfiak kopaszodásának kurrens orvosi megítélése nem tekinthető egységesnek, sőt, maga a diagnosztikus eszközök sem harmonizálnak, orvosi kezelések garmadája vált elérhetővé a haj mennyiségi és minőségi kondícióinak javítására. A hajvesztés mögött meghúzódó hormonális (*dihydrotestosterone*) és genetikai információk („*sonic hedgehog*”) leírása az ezredfordulóra mindenesetre a definitív orvosi терапия kidolgozásának egyre bizto-

sabb lehetőségét üzente. A kétezres évek elejére, a döntő mértékben sebészi, hajbeültetési terápiák előkészítéséhez elterjedt egy, a kopaszodást osztályozó szempontrendszer is, amely a hajvesztés vizuális és mennyiségi szempontjai alapján rendszerezi a kopaszodás „enyhébb” és „súlyosabb” formáit. Ahogy Conrad kiemeli, a „medicina megkísérelte számszerűsíteni a vonzónak tartott hajkorona pontos hosszát és sűrűségét. Habár úgy tűnhet, hogy az orvosi fogalmak és mérőeszközök használata kiiktathatta az értéktételeket a kopaszodás leírásából, ezek a standardok a mai napig szubjektívek, és szociokulturális elvárásokon alapulnak” (Conrad 2007, 36).

2.11. MEDIKALIZÁCIÓ ÉS IATROGENEZIS

A könyv első nagy részében a férfiak testéhez és szexualitásához kapcsolódó életesemények medikalizációját, így az önkielégítés, a homoszexualitás, az öregedés, az erektilis diszfunkció és az androgén alopecia példáit tekintettük át. Az esetcentrikus témafeldolgozással törekedtem rávilágítani arra, hogy az orvostudomány illetékességi körének kitágítása, azaz a túlzott medikalizáció, számos, úgynevezett *iatrogén ártalmat* rejt magában.

Az alfejezet címében szereplő iatrogenézis kifejezés Ivan Illich nevéhez kapcsolódik, aki 1976-ban publikálta *Medical Nemesis – The Exploration of Health* (Illich 1976a) című művét, melyben három fő pillérre helyezte az orvoslás térnyerésének különböző ártalmas hatását. A szerző műve/tézise alapján minden olyan negatív következményt, veszélyt, mellékhatást, amely együtt jár az orvosi tevékenységekkel, *iatrogén* eseménynek nevezünk. Az Illich által használt iatrogenézis fogalom a görög „iatros” (jelentése: orvos) és „genesis” (jelentése: eredet) szavak összetételéből származik. Ennek alapján kijelenthetjük, hogy az iatrogenézis fellép azokban az esetekben, amikor az egészségügyi rendszer szereplői (orvosok, gyógyszerek, diagnosztikus és terápiás eljárások és eszközök, egészségügyi intézmények) kártékony hatásokat fejtenek ki. Az ilyen esetek egyik csoportját alkotják az úgynevezett „klinikai iatrogenézis” esetei, melyek egyidősek az orvostudománnyal, hiszen az orvosi terápiáknak a kezdetektől fogva im-

manens részét képezik bizonyos kisebb-nagyobb fokú kockázatok és káresemények (pl. nozokomiális fertőzések) (Illich 1976b, 11). Van azonban az iatrogenezisnek egy árnyaltabb aspektusa is, amelyet Illich „társadalmi iatrogenezisnek” keresztelt, és ez a hétköznapi élet medikalizációjából fakad. Illich érvelése szerint a XX. századra széles körben elfogadottá vált az a gyakorlat, amelynek eredményeként az ember bio-pszicho-szociális életjelenségeit rendre biomedikális narratívákba ágyazza, és egzisztenciálisan fontos történéseit (pl. születés, halál) kizárólagosan orvosi felügyelet alatt tartja elfogadhatónak. A medikalizációt a szerző elsősorban olyan társadalmi jelenségként írja le, amely együtt jár mindazon kulturális megközelítéseink felszámolásával, amelyek a fájdalom, a betegség, a kórház, a születés és halál jelenségeihez hagyományosan kapcsolódtak, és ezeket orvosi nyelvezet és intézkedési körök segítségével törekszünk újrakeretezni. Az iatrogenezis kulturális dimenziója (*kulturális iatrogenezis*) is erre épül, hiszen a társadalmi-orvosszakmai konszenzus alapján nyomás helyeződik az egyénre, hogy az elfogadhatatlannak ítélt életjelenségeket (pl. öregedés, fájdalom, elmúlás) orvosi beavatkozásokkal próbáljuk elhárítani (Illich 1976a; Illich 1976b).

Illich figyelmeztet, hogy a medicina értéksemlegessége csupán illúzió, és be kell látnunk, hogy az orvostudomány a betegségek (társadalmi) iatrogenikus megalkotása nélkül nem létezhet. A kóros állapotok (szindrómák, betegségek, zavarok stb.) tehát nemcsak biológiai, hanem emellett esszenciális értelemben véve történelmi-társadalmi állapotok is. A betegségek osztályozása, a kórházban kezelhető és onnan kirekesztett tünetek nemcsak az orvostechnológia mindenkori felkészültségéről, hanem a társadalmi berendezkedésről is árulkodnak. Az orvostudomány ennek tükrében egy „erkölcsi vállalkozás” (*moral enterprise*) is, hiszen nyelvhasználatával, eszközeivel és tudásával, mint azt a medikalizált testkép vonatkozásában bemutattam, segít eligazodni alapvető morális értékek meghatározásában (milyen értékeken alapuljon a társadalom, mi az életlem értelme stb.), és azok interiorizálásában (hogyan éljem az életem, mit kell tennem és végső soron ki vagyok én).

Illich ezzel nem kevesebbet állít, mint hogy a medicina értékorientáló és értékteremtő hatalma szoros hasonlóságokat mutat egy

állam törvény- és jogszabályalkotó normatív mechanizmusaival. Ennek oka, hogy a kórosnak tekintett testi és lelki állapotok számának növekedése anélkül is megtörténik, és annak ellenére is legitim, hogy azokról az egyén tudomást szerez(het)ne. *A patológiák, akárcsak a jogszabályok, tehát interiorizáció nélkül is normatív fenomének, azaz akkor is hatnak ránk, ha nem tudunk velük belső indíttatásunkból azonosulni.* Az orvos szerepe összességében egyszerre jogalkotói és bírói. Jogalkotói abban az értelemben, hogy a biomedicina technikai fejlődése kaleidoszkópszerűen megsokszorozza a kórosként leírható állapotok számát. Bírói, hiszen mint elfogulatlannak gondolt megfigyelők, az orvosok az egészség és betegség értékein keresztül minősítik az egyént a jó és rossz, a hasznos és haszontalan, a normális és abnormális vagy az értékes és értéktelen fogalmi kettősségek felhasználásával (Illich 1976b).

A modernkori betegségalkotás általam vizsgált példái is felhívják a figyelmet arra, hogy a medicina egy egyébként testi-lelki-szociális komponenseivel teljesen elégedett egyént annak legnagyobb megelégedettsége ellenére is beteggé, de legalábbis tökéletlenné nyilváníthat, ha az a társadalmi elvárásoknak nem felel meg (lásd 1.5.–1.8. fejezetek). Az „értéksemleges terápia” vagy értéksemleges orvoslás mindezeket összegezve Illich értelmezésében nem más, mint két oximoron, hiszen a betegségek leírása feltételezi a betegségek megalkotásának szociokulturális aktusát is. A betegségalkotók, diagnoszták, kezelőorvosok szubjektivitása sokszor megkerülhetetlen, így a medicinára sokan a hatalom gyakorlásának modernkori eszközeként tekintenek.

3. A NŐK TESTÉNEK ÉS SZEKUALITÁSÁNAK MEDIKALIZÁCIÓJA

Mint azt Foucault, Illich és Conrad vonatkozásában kiemeltem, a medikalizáció normalizációként értelmezendő, amelynek során nemkívánatos magatartások felügyelete, szelekciója, és egyben a társadalmat irányító erkölcsi szabályok megalkotása és újrainírása történik fogalmi, intézményes és interperszonális szinteken. A homoszexualitás medikalizációjának vonatkozásában Foucault kapcsán rámutattam (lásd 1.4. fejezet), hogy e folyamat látható módon a heteroszexualitás normalizációjára irányult, azaz az ember mint biológiai lény, a termelő, dolgozó közösség újratermelésének kedvező szexualitájába ágyazva illeszkedett. Ennek a biopolitikai dinamikának a kezdetektől fogva immanens része volt a természettudományos magyarázati sémák alkalmazása, ami elősegítette, hogy a társadalmi nemi egyenlőtlenségek igazolását biologizált (azaz megkérdőjelezhetetlenül tudományos) narratívába ágyazzák. Ennek tükrében a testről és a nemiség medikalizációjáról szóló XX. századi kritikai diskurzus naturalisztikusnak látszó kiindulópontjává automatikusan a biológiai nem (*sex*) vált.

Vizsgálódásom tárgyaiként a nőket és a férfiakat is a biológiai és társadalmi nemek ötvözetéből létrejött, társadalmi szerepeik által meghatározott, de fiziológiai pre-determinánsaitól elszakadni nem tudó alanyként értelmezem. Ezeket a konstellációkat nevezhetjük „gendered férfinak” és „gendered nőnek” (Shahvisi 2020, 328). Ez azt is maga után vonja, hogy azt a hagyományosnak mondható felismerést, miszerint a társadalmi folyamatok meghatározzák a biológiai testet, ki kell egészítsük azzal, hogy a biológiai test önmagában is meghatározza a társadalmi folyamatok dinamizmusát.

A következőkben a női nem specifikus életterületeinek medikalizációjával foglalkozom, amelynek történeti határát a XIX. századtól

napjainkig terjedő időszakra korlátoztam. A témafeldolgozás során áttekintem, (1) hogyan *jött létre* a hisztéria az orvostudomány és a pszichoanalízis narratívájában, és ez miképpen körvonalazta a nőiség megítélését. (2) Milyen folyamatok vezettek a női szexuális diszfunkció (*female sexual dysfunction*) rendellenességgént való leírásához, és ezt a folyamatot hogyan befolyásolta az erektilis diszfunkció terápiája. (3) Végül pedig a szülés és születés medikalizációját és demedikalizációját értékelem.

3.1. A HISZTÉRIKUS NŐ MINT AZ ANDROCENTRIKUS FAJ RABSZOLGÁJA

A XIX. század vége tudománytörténetileg roppant izgalmas korszak, hiszen az életfogalom (organizmus) a biológia számára elhozta a régóta várt módszertani és konceptuális forradalmat, és több másik mellett a pszichológia tudománya is alapvető strukturális változásokon ment keresztül. A hisztéria tudományos megítélését mindkét terület esszenciális értelemben befolyásolta. Mint azt az 1.4-ik fejezetben a homoszexualitás medikalizációja vonatkozásában ismertettem, „az organizmus” fogalom perspektivikus újszerűsége az élő-lény történetiségében ragadható meg, hiszen az egyedeknek (a *homo sapiens sapiens*-t is beleértve) fajtipikus fejlődési ütemei, születése és halála van, amelyhez a normalitás és abnormalitás oppozíción keresztül erkölcsi értékek és etikai normák rendelkezhetők. A XX. század pszichoanalitikus mozgalmában is megfigyelhető az emberrel foglalkozó tudományok pozitivistá keretezése, azaz az ezredforduló biológiai evidenciáira építő, természettudományos nyelvezet és gondolkodásmód elterjedése. Mint azt Thomas Szasz, az antipszichiátriai mozgalom egyik úttörője *Az elmebetegség mítosza* című könyvében megjegyzi, az „emberi viselkedés pszichoanalitikus elmélete a klaszszikus fizika ok-okozati (*casual-deterministic*) modelljére épül. [...] A fizikai determinizmus emberi kapcsolatokra való alkalmazásának egyik típusát Popper (1944–1945) találóan 'historicizmusnak' nevezte” (Szasz 2002, 32). Az ilyen alapon meghonosodó „új” tudomány a biológiához hasonlóan arra építi vizsgálódási módszerét, hogy az

ember személyiségfejlődésében egyes momentumokat későbbi magatartások és személyiségvonások determinánsaiként azonosít. Szasz tulajdonképpen Karl Popper ismeretelméleti téziseit felhasználva amellet érvelt, hogy a pszichoanalízis historicizmusa épp olyan biopszichológiai világképen alapul, mint maga az orvostudomány. Kritikáját tehát a pszichoanalízis redukciócentrikus működési elvére fűzte fel. Ennek alapja, hogy szakértői vizsgálatok során az ember múltját, jelenét és jövőjét egyes tipizálható életeseményeken keresztül felépíthetőnek gondolták el. Ez a koncepció magában foglalja annak (legalábbis elméleti) lehetőségét is, hogy a diagnosztika történelmi előrejelzéseket is tegyen, mivel feltételezzük, hogy az emberi magatartás jövőbeli változatai megjósolhatóak egy *alapvonásaiban változatlan szubjektum* viselkedésmintázatainak tükrében. Mondhatnánk, hogy a viktoriánus kor természetrajza óta nincs új a nap alatt, ugyanakkor az 1800-as évek tudományos elitje „jóslás” helyett mértéktartóbban, inkább csak a veszély és elfajulás lehetőségeit társította a tipizált „torz szubjektumokhoz”. Az egyén élettörténetének minél precízebb feltárása természetesen a jövő kiszámíthatóságát is pozitív irányba befolyásolja. A folyamat (prediktívnek mondható) sikere ezáltal nagyrészt a diagnosztika (akár mágikusnak is mondható) képességein, valamint a tipizáció pontosságán múlik.

A XX. század közepére tehető a pszichoszomatika tudományának diszciplináris megújulása is, amelynek elméleti alapját a pszichoanalitikus mozgalom nozográfiájának (körleírási módszertanának) logikája nyújtotta. Paradigmája szerint az egészséges és kóros emberi magatartások megragadásához a személyiségszerkezetek irányából kell közelíteni (Csabai 2004). A hisztéria leírása mint szélsőséges érzelemnyilvánításokkal, nyugtalansággal együtt járó klinikai tünetegyüttes, a már Hippokratész korában is megfigyelhető. Fontos azonban, hogy annak a diszkurzív hatalmi stratégiának a kezdete, melyben a tudomány a *hiszteroid szubjektumot* az egyén *létének alapszerkezetével* azonosította, csak az 1800-as évektől vált jellemzővé. A hisztéria orvosi hatókör-bevonódásának háttér okai közös természetűek azokkal, amelyekre a maszturbáció és a homoszexualitás vonatkozásában rámutattunk (lásd 1.3.–1.4. fejezetek). A foucaultianus hatalomértelmezésünk alapján olybá tűnik, a viktoriánus kor diszkurzív hatalmi

játéka szükségszerűen nem csak a nemiséghez kapcsolódik, hiszen a hisztéria tudományos narratívája szerint a hisztériás nő állapotában az organikus és pszichés okok egyaránt lényegesek. Csabai Márta kiemeli, hogy tudománytörténetileg megkerülhetetlen az a hisztéria által megformált nőkép, amelyet a téma szakértői „a nőiség karikatúrájaként” is jellemeztek. Fontos leszögezünk, hogy a hisztéria szinte csak és kizárólag a feminin viselkedési mintázatok narratíváiba ágyazva jelent meg. Státusza ennek tükrében igazán különleges, tekintettel arra, hogy kevés olyan medikalizált életterület létezik, mely az emberi viselkedés valamely rendellenességét kizárólagosan csak az egyik nem sajátosságaira építve hozta létre.

A férfi és nő nem bináris oppozíciójának eredetét, és annak etikai és politikai vonatkozásait Simone de Beauvoir-ra támaszkodva fejtem ki, aki elsőként interpretálta magát feminista szerzőként. Nőképének leírásában, a magyar nyelvben nehezebben árnyalható megkülönböztetéseknek nagy jelentősége van, így a követhetőség kedvéért a következő bekezdésekben, ahol szükségessé válik, a *woman* (a nő társadalmi neve) és *female* (a nő biológiai neve) fogalmakat fogom használni a nemi jelentéstöbblet kifejezésére. Beauvoir-nak mára szállóigévé vált axiómája, miszerint „Az ember nem születik nőnek, hanem azzá válik”, a *gender-studies* alapvetéseként is szolgált. Kijelentése nemcsak a nők férfiakkal szembeni alávetettségének determinánsait segít megértenünk, hanem közelebb visz minket annak megvilágításához is, hogy a hisztéria, mint eredendően női betegség (vagy még inkább *beteg nőiség*), miért került a medikalizált életterületek közé. A fenti idézetből világossá válik, hogy Beauvoir számára a nőiség csak és kizárólag mint társadalmi konstruktum értelmezhető. *A nőiség interpretációs sémáinak konceptuális terepét tehát már a kezdetek óta a nyugati filozófiára jellemző androcentrikus értékhierarchia határozza meg* (Joó 2003).

Bár a feminista szerzők megosztottak azt illetően, hogy a patriarchális társadalmak androcentrizmusa által generált különbségeket milyen eszközökkel lehet felszámolni, egy tudományfilozófiai kritikai mozzanatban azonban egyetértenek. A nyugati filozófiák férfi dominanciája episztemológiai tökéletlenségbe torkollott, hiszen „miközben a filozófiai elméletek az általánosság objektív igényével jöttek létre,

mégis részleges igazságot produkáltak, mely az emberiség felét kevésbé vette figyelembe” (Joó 2010, 65). Beauvoir erre a felütésre építve azt is kiemeli, hogy ez a tökéletlenség azt is maga után vonta, hogy a férfiak saját nemi meghatározottságukat sem integrálták tökéletesen filozófiai elméleteikbe. Ez a fenomenológiai tapasztalat azonban, amelyet legpontosabban „testesültségnek” (*embodiment*) nevezhetünk, antropológiai értelemben véve épp oly megkerülhetetlen attribútum, akárcsak a szubjektum társadalmisága.²⁰ Beauvoir testiség felfogása a feminista posztstrukturalizmus egészét meghatározta, amelynek fontos célja a nyugati filozófiára fajsúlyosan jellemző binaritástól való elszakadás. Jacques Lacan, vagy éppen Jacques Derrida ugyancsak kifogásolták, hogy szembeállításaink mátrixa nem képes meghaladni a külső-belső dichotómiákat. Oppozícióink térbelileg meghatározottak, amely a szubjektumról szóló diskurzusainkat is átjárják. Ennek tükrében szinte kivétel nélkül a belső (pl. racinális lélek) az értékes, a külső pedig a kevésbé értékes (irracinális test). Annie Potts felhívja rá a figyelmet, hogy a testiség nemi tapasztalata által az emberi szubjektivitás is értékterheltté válik. Érdekes módon azonban a biológiai testek (*sexed bodies*) esetében a külső-belső dichotómia felcserélődik, és tekintettel a kultúránk vizuális modalitásokra való fogékonyságára, a férfi nemi szervek exterioritása értékességét tekintve meghaladja a női interioritást (Potts 2001, 145–146). A nők fenomenológiai tapasztalatainak talán legfontosabbnak mondható sajátossága tehát a férfi-női *sexre* építkező bináris oppozíció, amely nyílt elutasítása az ember azonosságát (*sameness*) hirdető antropológiának. Ennek eredménye a férfi (*man*) mint az önmagát racinális, eszes lényként, *tulajdonképpen emberként* létrehozott társadalmi konstruktuma, és a biológiai különbözőségébe zárt,

²⁰ Az *embodiment* kifejezés magyarázatra szorul, amelyet Elisabeth Grosz korporeális feminizmus koncepcióján keresztül érthetünk meg. A szerző az angolszász poszt-strukturalista irányzathoz tartozik, aki csatlakozik a Beauvoir narratívához, és hangsúlyozza, hogy *a test önmagában nem létezik a szociokulturális jelentésrétegek nélkül*. Ahogy Kréchy Anna fogalmaz, a test „működését interaktivitás, egyfajta ellenproduktivitás, re-inskripció potenciál jegyzi.” V.ö: Kréchy A.: *A nő nyelvet ölt – Feminista narratológiai, esztétikai, testelméleti tanulmányok*. JatePress, Szeged, 72.

és elsődlegesen ennek felhasználásával konstruált testesült nő (*woman*), vagyis a Másik (Norlock 2019).

A Beauvoir által képviselt feminizmus jelentőségét többek között annak az alá-fölrendeltségi dinamikának az etikai következményei jelentik, amelyek alaptapasztalata, hogy a nőt minden pillanatban annak teste, szexualitása vagy nemisége határozza meg. A tekintet, amely megragadja, az úgynevezett „*situated knowledge*” feminista tudományfilozófiai koncepcióhoz kapcsolódik, amely rámutat a tudományoknak a férfit hierarchikus fölénybe helyező androcentrizmusára (Joó 2003, 41). Joó kiemeli, hogy Beauvoir humanista feminista attitűdje is általánosságban véve az antideterminista emberképen keresztül nyer értelmet. A fentebb már idézett „Az ember nem születik nőnek, hanem azzá válik” tézis is ezen keresztül magyarázható. Az emberről általában, így a férfiakról és a nőkről is elmondható, hogy lényegileg szabadok kellenének, hogy legyenek, ugyanakkor a fenomenológiai tapasztalat ennek ellenkezőjét mutatja. Mint Joó írja, „Beauvoir szerint azonban a nőt éppen történelmileg adott helyzete teszi többé-kevésbé alárendeltté, vagyis korlátozza szabadságát, ebben is rejlik a női sors tragikus kétértelműsége. [...] Nem születünk nőnek, vagyis alárendeltnek, hanem azzá válunk, azzá formál a nevelés, a szokások adott rendje” (Joó 2003, n.a.). Beauvoir rámutat a szubjektum radikálisan téridőbeli jellegére, amelynek önbecsülését és megbecsülését egyaránt befolyásolják az uralkodó erkölcsi értékek és társadalmi normák.

A hisztéria percepciójának megértéséhez is alapvető fontosságú, hogy feldolgozzuk, mely társadalmi folyamatok vezettek a femininnek tartott értékek XIX. századi normalizációjához. A folyamat hatalmi és szubjektív dinamikájában is a „testiség” androcentrikus tapasztalata volt a meghatározó, amelynek feltárásához az úgynevezett „társas konstrukcionista” kritikai nézőpont nyújthat segítséget. Ennek az irányzatnak a hipotézise, hogy a betegségek organikus okai mellett, szinte minden esetben áttekintésre szorulnak azok a momentumok, amelynek során bizonyos nem biológiai tényezők kiváltják vagy felerősítik egyes állapotok patológiáját. Csabai mintegy szintetizálva Merleau-Ponty „eleven testről” alkotott fenomenológiai alapállítását és a konstrukcionista paradigmát, az alábbi megállapítást teszi:

„A diagnózisok és tünetek változásai legalább ennyire tükrözik más fontos társadalmi folyamatoknak is: a testtel kapcsolatos tudás változásainak, a betegséggel kapcsolatos diskurzusoknak, a nemi szerepek átalakulásának. Nem fogadhatjuk tehát el azt a radikális társas konstruktivista megközelítést, amely a betegséget csupán címkének tekinti, és nem veszi figyelembe az egyén megélt, testi tapasztalatait” (Csabai 2004, 63). Ennek a tézisnek a felismerése olvasható ki – a Bánfalvi Attila által idézett – Friedrich Nietzsche soraiból is, amely mint a hisztériának demedikalizációs törekvése arra figyelmeztet, hogy a hisztéria nem a nő természetéhez kötődik, hanem inkább tekinthető „a kultúra által definiált szerepre adott válaszként; nem a normális környezet kihívásaira adott beteges reakcióként, hanem adekvát, a lehetetlen, léleknymorító követelményekre, elvárásokra adott normális feleletként.”²¹

A hisztéria mint betegség életútjában a tünetcsoport eredetével kapcsolatos bizonytalanság sajátos módon mint egyfajta szervező erő jelenik meg. Bár a kezdetektől fogva jellemző volt a törekvés arra, hogy a betegség okait organikus alapokra visszavezzék, ez a hozzávetőleg 2500 éves próbálkozás rendre kudarcba torkollott. Hippokratész, akárcsak Platón és később Arisztotelész is, elsődlegesen az anyaméh rendellenességére, a hasüregben való mozgására vezette vissza a hisztérikus tüneteket (pl. hangulatingadozások, melankolikus viselkedéssjegyek). Innen erednek a szexuális élet fokozására vagy éppen a gyermekvállalás ösztönzésére irányuló korabeli orvosi tanácsok is.

²¹ „Van valami egészen meglepő és szörnyű az előkelő nők nevelésében, sőt, talán nincs ellentmondásosabb ennél. Mindenki egyetért abban, hogy *in erotics* a lehető legnagyobb tudatlanságban kell nevelni őket, mélységes szemérmet elültetni lelkükben e kérdésekkel kapcsolatban, valamint azt, hogy pillanatra se tűrjék, sőt, meneküljenek el, mihelyt ilyesmire utalnak előttük. [...] Ám e téren szívünk mélyéig tudatlannak kell maradniuk. [...] Pedig, pedig! Mihelyt mintegy a villámcsapás kíméletlen erejével és hirtelenségével a valóságba és a tudásba vettetnek, vagyis a házasság pillanatában – ráadásul éppen az veti oda őket, amit a legjobban szeretnek és sokra becsülnek: rajtuk üt a szerelem és a szemérem ellentmondása, hiszen egyszerre kell átélniük elragadtatást, kiszolgáltatottságot, kötelességet, együttérzést és az Isten és állatiasság váratlan szomszédságától való rémületet...” Vö.: Nietzsche, F. 1997. *A vidám tudomány*. Holnap Kiadó, Budapest, 99. o. idézi Bánfalvi 2013, 41.

Hippokratész koncepciója egészen a viktoriánus korig meghatározó maradt, hiszen a legtöbb nő még ebben az évszázadban is egy sóval töltött fiolát tartott a táskájában abból a célból, hogy váratlanul fel-lángoló érzelmeiken úrrá lehessenek. Mint azt az i. e. V. században (!) Hippokratész hangsúlyozta, az anyaméh vándorlása megelőzhető, vagy tünetei enyhíthetőek a csípős illatok által (Tasca et al., 2012).

A betegségéről szóló diskurzusban jelentős változást Sigmund Freud pszichoanalitikus látásmódja hozott. Freud annak a híres Jean-Martin Charcot orvosprofesszornak a hallgatója volt, aki a XIX. században leszámolt a hisztéria korábbi irracionális (gyakran okkultista) magyarázataival azáltal, hogy azt alapvetően neurológiai betegségként írta le. A boszorkányság és megszállottság narratíváival való leszámolás egy igazán lényeges paradigmaváltást jelentett, hiszen Charles Richet, Charcot professzor munkatársa így felépíthette a hisztériának, mint a nőiség esszenciális ismérveként jellemezhető állapotát (Gyimesi 2006, 84–85). „[A] hysterikus nők még inkább nők, mint a többiek, érzelmeik élénkek és tűnékenyek, képzelődésük gyors és ragyogó, képtelenek ésszel, belátással uralkodni az érzelem és a képzelődés felett” (Richet 1880, 16. idézi Gyimesi 2006, 85). A neurológiai fordulatot és a vele járó szomatizációt jól magyarázza a XIX. századi pszichiátria tudományos legitimitásáért folyó harca. Ennek érdekében minden területen küzdeni kellett a korábban bizonytalanságot szülő betegségleírások felszámolásáért, és az új tudományos magyarázatok előállításáért. Az orvos megteveszthetőségének nem túl kedvező portréját láthatjuk a hisztériában, mely ellen ezért totális háborút kellett folytatni. A hisztériás nőbeteg viselkedésének alapvető ismertetőjegye lett a hazugságnak és megtevesztésnek két – biológiailag determinált, fajtípusnak mondható – attitűdje (Gyimesi 2006, 84–85).

A hisztéria tudománytörténeti státusza azért is igazán különleges, mert története során a kóroktanban fellelhető összes testi és lelki betegséggel próbálták azonosítani. Mint azt Csabai kiemeli, a tudomány fejlődése paradox módon nem váltotta be a hisztéria diagnosztikai és kuratív forradalmához társított elvárásokat, hanem csak a „bizonytalanság, a rejtélyes jelleg felerősödését eredményezte” (Csabai 2004, 57). A folyamat napjaink perspektívájából tekintve

medikalizációs kudarc, hiszen a szomatizáló és stigmatizáló narratívákat a pszichoanalízis térnyerésével a nőiség emancipatorikus küzdelmének kedvezőbb diskurzusa váltotta fel. Bár sok rokon tulajdonság felfedezhető a patológizáló biomedicinális és a pszichoanalitikus nyelvezetben, a betegségről szóló diskurzus integrálta annak alanyát, a nőt is. Bánfalvi ezt felismerve rámutat a pszichoanalízis „kétarcúságára”: „a nőiség modern medikalizációjának résztvevője, de egyben a hisztériával kapcsolatos emancipatorikus törekvéseknek pártolója is. A női test medikalizációs folyamatainak intézményes szereplője, de a medikalizáció kritikájának is egyik legfontosabb narratíváját kínálja” (Bánfalvi 2013, 43).

A Freudnál kimutatható emancipációs törekvéseket többek között a libidóról tett megállapítása is tükrözi, miszerint az „végleges helyzetet foglalt el, [...] hiányoznak a további fejlődés útjai [...] mintha a nőiséget kialakító nehéz fejlődés az egyén minden lehetőségét kimerítette volna” (Freud 1993, 151 idézi Borgos 2017, 23). Freud ezen gondolatát olvasva, mintha Foucault szexuális szubjektuma tárulna elé, akinek *nemiségénél nem lehet elemibb megállapítást tenni, hiszen minden csak ennek az egyén velejéig hatoló természetnek alárendelve nyerhet értelmet*. Borgos Anna Freud nőiség képével összefüggésben rámutat arra, hogy a fenti idézet szimbolikus értelemben tekinthető a patriarchális társadalmakban rögzült igazságtalanságnak és az androcentrizmus elnyomó normalizációjának felismeréseként is. Ennek eredménye, hogy ténylegesen a modernítésra jellemző szerepelvárások vezetnek el a nő kimerültségéhez, nem pedig a nőiségnek (*female*) a pszichoszexuális és biológiai predispozíciói (Borgos 2017, 23).

Ennél azonban jellemzőbb a Freud érdemeit árnyaló feminista kritika. A bírálat tárgya, hogy Freud sosem tudott igazán elszakadni a nyugati filozófia szomatizált nőképétől, amelynek *conditio humana*-ja, hogy szexualitásába zárva létezik. Mi is ennek tükrében a nő? (1) A férfi Szubjektumhoz viszonyítva *objektum*, vagyis „A Másik”; (2) A faj biológiai terheit (menstruáció, várandósság, szülés, szoptatás stb.) magán hordó rabszolga. Az első és második pont azonban mindig csak és kizárólag adott történelmi-társadalmi realitás tükrében értelmezhető (Joó 2003, 45–47). Ez a radikális téridőbeliség különös sajátosságát kölcsönöz *A második nem* című kötetnek. Ez az

ideológiai keret ugyanis más és más módon értelmezendő az olvasó földrajzi vagy éppen történeti pozícióit megváltoztatva. A szerző a testiség fenomenológiai olvasatában azt hangsúlyozza, hogy voltaképpen nem lehetséges sem a férfit, sem a nőt az őket körülvevő világból és ennek részeként az interszjektív tapasztalatoktól függetleníteni. Beauvoir rámutat a „női princípium” biológiailag zárt, determinisztikus konceptuális tévedésére. Joó Mária ezt így összegzi: „Hogy egy nő mennyire képes birtokba venni a világot, mekkora terhet ró rá a fajfenntartás, azt nem a természet szabja meg, hanem a társadalom. Az ember antiphüszisz is, nem követi a faj parancsát, a második természetévé vált társadalmi normáknak engedelmeskedik” (Joó 2003, 46).

3.2. A MEGBÍZHATATLANSÁG BIOLÓGIÁJA

A hisztéria által már az 1800-as évek végére kibontakozott a *nehezen kifürkészhető, érzelmileg instabil és szeszélyes nőkép paradigmája*, amelynek számos, napjainkra is kiható negatív következményével kell szembenéznünk.²² Ezek közül igazán szemléletes Elizabeth Barnesnak, a *The Minority Body: A Theory of Disability* című könyv szerzőjének tanulmánya, amely a nemi alapon kimutatható egyenlőtlen fájdalomcsillapítási gyakorlatokról szól. A szöveg dinamikáját a fájdalom definíciós spektrumának hermeneutikai áttekintése szolgálja, amelyre Barnes szerint több dolog miatt is feltétlenül szükség van. A következőkben a szerző érveinek rekonstrukciójára vállalkozom. Ez azért lényeges, hogy bemutathassam a hisztéria által kiépített intézményes stigmatizáló gyakorlat legfontosabb következményeit. (1) A klasszikus definíció szerint a fájdalom egy kellemetlen szenzoros és érzelmi tapasztalat, amelynek célja, hogy a fájdalmat érzékelő egyedet/egyént figyelmeztesse a potenciális szövetkárosító veszélyekre. A fájdalom tehát egy, az organizmus túlélése szempontjából lényeges élmény, amellyel kapcsolatban fontos kiemelni egy további fontos sajátosságot. (2) A fájdalomnak tényleges protektív ereje

²² Ennek részletes elemzése a 3.9.–3.12. fejezetekben olvasható.

csak akkor van, ha vele kapcsolatban elfogadjuk, hogy ez az érzés eredendően szubjektív. Barnes ezt a jellegzetességet hívja a fájdalom „interpretív” vagy „pszichológiai” tulajdonságának. A szubjektumnál tehát senki más nem képes jobban hozzáférni a fájdalomérzékeléshez. Ha valami fáj, az az *én* testtapasztalatom, amihez *más* számára csak közvetett hozzáférési utak vezetnek. Ennek tükrében igen komoly támadási felületet hagy magán az az egészségügyi kultúra, amely nem fordít kellő figyelmet a fájdalomra, még pontosabban a fájdalom testtapasztalatáról beszámoló szubjektumra. (3) Az a történelmi-társadalmi konstelláció, amelyben az egyén azt mondja, „Fáj!”, jelentősen befolyásolja a fájdalomtünetekre adott reakcióinkat. Barnes számos példával szemlélteti állítását: így a befolyásoló tényezők között meghatározó a biológiai nem (*female*) is, hiszen a nők fájdalomtünetei a férfiakéval összehasonlítva gyakrabban maradnak kezeletlenül már egészen fiatal kortól kezdődően (Barnes 2020).

Ez a jelenség jól illeszkedik az úgynevezett *testimonial injustice*, vagyis az egyéni beszámolókhöz kötődő igazságtalanság jelenségéhez, amelyet Miranda Fricker, a *City University of New York Graduate Center* professzora az episztemikus igazságtalanságokról szóló elméletében dolgozott ki. Ez az *ismeretelméleti igazságtalanság* akkor lép fel, ha az ismeretszerzés során a tudás forrását a szavahihetőség szempontjából egy intézményesített előítélet alapján degradáljuk.²³ Barnes amellett érvel, hogy a női nem (*woman*) az úgynevezett *credibility deficit* áldozata, vagyis szavahihetősége hagyományosan megkérdőjelezhető a nőiség képből irracionális, érzelmileg túlfűtött attitűdök által rögzített sztereotípiák miatt. „A szavahihetőségnek a hiányossága (*credibility deficit*) változtatja feminista problémává a nők saját életükről szóló leírásait” (Barnes 2020). A szerző egyetlen mondatban foglalja össze a fájdalomérzet bagatellizálásának okait: „A nők fájdalma, úgy látszik, egészen addig hisztérikus, amíg ennek ellenkezője nem igazolódik” (Barnes 2020). Ez egy olyan *status quo*, melyben, hogy Kiss Tibor szavaival éljek, „a bizalom nyakán kígyó tekereg” (2005), és ez a hulló képletesen a társadalmi nemek androcentrikus perspektívá-

²³ V.ö: Fricker M. 2007. *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. New York, Oxford University Press.

jából származó különbségére visszavezethető szépségszisztemek a metaforája. *A bizalmatlanságot a hisztériának nemi identitásképző, az interszubjektív kapcsolatokat is meghatározó tradíciójára vezethetjük vissza.*

3.3. THOMAS SZASZ HISZTÉRIA ÉRTELMEZÉSE

Ez a felismerés közelebb visz minket ahhoz, hogy megértsük Thomas Szasz címadását, vagyis hogy miért merül fel az elmebetegség mitikus értelmezési lehetősége abban a tudománytörténeti időszakban, amelyben a biológiai pszichiátria ilyen dinamikus fejlődött. Szasz azt állítja, hogy az elmebetegség tünetei bár fiziológiai alapokra leegyszerűsíthetők, hiszen elvégre minden érzetünk a testünk által közvetítve jelenik meg számunkra, ugyanakkor pontosabban megragadható, ha a klinikai tüneteket egy eredetiségben felsejlő történetmondásként fogjuk fel. A testi betegségeket és az elmebetegségeket osztályozó kortán alapjaiban véve különböző. „Míg a testi betegségek fenomenológiai jellemzői függetlenek annak a közösségnek a társadalmi, gazdasági és politikai szerkezetétől, amelyben megjelennek, ugyanez nem mondható el az úgynevezett elmebetegségekről. A pszichoszociális betegségek megnyilvánulási formái ugyanis változnak a műveltségi, társadalmi, gazdasági, vallási és politikai tényezők függvényében” (Szasz 2002, 81). Szasz feltételezi, hogy az elmebetegségeket, szigorú értelemben vett szociokulturális beágyazottságukból következően, nem tárgyakként, hanem *reprezentációkként* kell megragadnunk, ezáltal a „pszichiátriát nem az elmebetegségek, hanem a kommunikációval és a jelhasználó magatartásával foglalkozó tudománynak kell tekintenünk” (Szasz 2002, 80). Mint azt az androgén alopecia és az erektilis diszfunkció esetében kifejtettem, testi tüneteink is radikálisan szociokulturális reprezentációk, így Szasznak nincs igaza, amikor állítását az elmebetegségekre korlátozza.

A szerző érdemei a hisztériás nő vonatkozásában azonban nem csorbulnak, hiszen rámutatott az indirekt kommunikáció diagnosztikus értékére. Indirekt kommunikáción azokat a nyelvi és nem nyelvi jelzéseket érti, amelyek információértékkel bírnak. Kovács József az alábbi módon foglalja össze a metakommunikáció Szasznál prio-

rizált jelentőségét: „A direkt kommunikáció az erős nyelve, az indirekt kommunikáció pedig a gyengéé, a kiszolgáltatotté. Ilyen értelemben a normális nyelvhasználat csak megközelítőleg egyenlő erejű (hatalmú) emberek között működik jól” (Kovács 2007, 35). A társadalmi nemekre világviszonylatban is jellemző egyenlőtlenségi állapot az élet legkülönbözőbb területein érzékelteti a patriarchális paradigmák hatásait. Szasz interpretációja mindezek tükrében a betegségalkotás társadalmi konstrukcionista gyökereire hívja fel a figyelmet, amelynek premisszája, hogy mivel az elmebetegség egy nehezen hozzáférhető *dialektus*, ezért betegségnek sem tartható. „Az elmebetegnek nevezett emberek kiszolgáltatottságukban a testi betegek szerepét veszik fel, mikor pedig valójában csak társadalmi, erkölcsi, vagy interperszonális konfliktusaik következtében boldogtalanok” (Kovács 2007, 36). Az elmebetegség tehát mítosz, amely etimológiailag a görög *müthosz*, vagyis beszéd, üzenet, párbeszéd szóra visszavezethető.

A pszichiátria Szasz megítélése szerint tehát akkor működik jól, ha képes magát mitológiaként megragadni, vagyis hiedelemrendszerét a biológiai redukcionizmus paradigmája felől a nyelvi megértés irányába fordítani. Szasz következtetése számunkra azért kiemelten fontos, mert rámutat az individuum *eredetiségére*, amely konceptuálisan összeférhetetlen az elmebetegségek sematikus, orvosi-fiziológiai keretbe zárt leírásaival. Foucault az *Elmebetegség és pszichológia* című művében hasonló megállapítást tesz, amikor rámutat, hogy a betegségek pszichológiai dimenziói önmagukban magyarázó erővel nem rendelkeznek. „Valójában csak a történelemben fedezhető fel az egyetlen konkrét *a priori*, ahol az elmebetegség lehetősége üres nyitottságával a maga szükségszerű alakzatait magára ölti” (Foucault 2000b, 85). A hisztéria vonatkozásában ezek a megállapítások rendkívül fontosak, hiszen általuk kirajzolódnak a szociokulturális betegség-fogalom legfontosabb koordinátái. Ennek fényében tehát nem tudunk elvonatoztatni a tényről, miszerint a társadalmak kulturális sajátosságai is meghatározóak az egészség és betegség fogalom-pár megkülönböztetésekor. Mint azt Foucault Émile Durkheimnek a fajtipikus működésekre építő gondolatai kapcsán megjegyzi, „minden kultúra képet alkot magának a betegségről, amelynek arculatát az általa elhanyagolt vagy elnyomott antropológiai virtualitások összessége rajzol-

ja ki” (Foucault 2000b, 63). A hisztériával kapcsolatban eddig tehát amellet érveltünk, hogy ezt a mátrixot alapjaiban véve befolyásolták a tradicionális nőiségkép alapsajátosságai, amelyek a medikalizáció által jelenünkig érzékeltetik hatásukat. Ezt a legszemléletesebben az utolsó fejezetrészen demonstrálom, a nő testtapasztalatának születesi ellátásban kimutatható diszkreditálásának példáival.

3.4. A NŐI SZEXUÁLIS DISZFUNKCIÓ

(FEMALE SEXUAL DYSFUNCTION) MEDIKALIZÁCIÓJA

A XXI. században jellemzően azoknak az életterületeknek a medikalizációja jelentős, amelyekhez bizonyos gazdasági tényezők is társulnak. A betegségüzlet piaca a normálisnak tartott, de idővel csak nehézségek árán megvalósítható emberi tevékenységek, vagy nehézségek árán realizálható társadalmi értékek irányába terjeszkedik (Moynihan et al., 2002; Moynihan – Cassels 2005). Az egészség- és betegség-előállítás ipara magán viseli a fogyasztói társadalom alapvető sajátosságait. Mint arra Bánfalvi rámutat, a termelés és a szükségletek viszonya a kapitalista gazdaságnak megfelelően egészen más arculatot vesz magára, hiszen már nem az időben viszonylag hosszan elnyúló társadalmi szükségletek formálják a társadalom gazdasági működését, hanem éppen fordítva: „a megtermelt áruk eladásához ébreszt szükségleteket” (Bánfalvi 2013, 66).

A következőkben a nők szexuális diszfunkcióinak medikalizációját értékelem, melyek az erektilis diszfunkció esetével alapvető hasonlóságokat mutatnak. A szexualitásnak a modernításban megkezdett normalizációja (heteroszexualitás, penetrációcentrikus szexuális kultúra, „sex-for-life” imperatívusz) kikövezte a betegségarúsítás és farmakolizáció fogyasztói társadalmi dinamikával átjárt területét, amely a nők nemiségét is alapjaiban véve befolyásolta. Közeliünk elsőként a nő biológikumához és társadalmi szerepeinek megértéséhez a házastársi szerelem irányából!

3.5. A SZEXUÁLIS DISZFUNKCIÓK ÉS A TARTÓS HÁZASSÁG

Søren Kierkegaard a *Vagy-Vagy* (1843) című művében a rá jellemző irodalmi igényességgel írja körül a házasság esztétikai és etikai érvényességével kapcsolatos meglátásait. A könyv Victor Eremita szerzői álnév alatt jelent meg, amely nem valamilyen öncélú rejtőzködés, hanem strukturális szükségszerűség. A mű felépítésében ugyanis meghatározó az „esztétikai stádium” gyönyörcentrikus, érzéki zsenialitást fókuszba helyező, és a pillanatnak szentelt életet megtagadó és az általános érvényű igazságkereső „etikai stádium” szembenállása. Az ezeket megjelenítő életfelfogások az esztétikai „A” és az etikai „B” polemizálásán keresztül tárulnak elénk.

Kierkegaard számára a házasság tulajdonképpen nem más, mint a szerelmi viszony etikai változata, tehát jóval több, mint pusztán formális intézmény. Sokkal inkább tekinthetjük „két etikai személy kölcsönös felelősségvállaláson alapuló morális kapcsolat[ának]” (Ullmann 2010, 923). A siker Kierkegaard álláspontja szerint csakis relatív lehet, hiszen az erkölcsi tökéletességgel járó élet meglehetősen ritka, szinte lehetetlen. Bár esztétikai minőségében mindkét szerelem értékes, a házastársi szerelem kvalitása az idő relációjában válik értehetővé, sőt, értékesebbé, mint a *romantikus és esztétikai szerelem*. Kierkegaard kiemeli, hogy az *esztétikai szép* művészeti evolúciójában is megfigyelhető a tér felől *az idő irányába* való elmozdulás. Az esztétikai szép a szobrászat tér-meghatározottságától elszakad, és az idő irányába mozdul el: ezt teszi a festészet, akárcsak a zene, és ahogy azt a szerző szerint (legalábbis ebben az értelemben) a művészeti ágak hierarchiájának csúcsán álló költészet is. Utóbbi különlegessége, hogy „nincs szüksége arra, hogy a pillanatra korlátozza önmagát olyan értelemben, ahogy a festészet teszi, és nem is tűnik el nyomtalanul, úgy mint a zene” (Kierkegaard 2005, 555). Az esztétikai élmény tehát annál gazdagabb, minél inkább képes az idő ábrázolására. Hogyan lehetséges egyszerre megélni és megvalósítani az esztétika magasabb minőségét? Egyszerű tárgyilagossággal és „B” gondolatait igen röviden kifejezve: házasodj meg és légy hűséges! Ez azonban természetesen nem elegendő, így helyesebben járunk el, ha Kierkegaard költészetével demonstráljuk azt, mit is jelent a „B” té-

zise, miszerint „a házastársi szerelem harca, győzelme és áldása az időben van” (Kierkegaard 2005, 560).

„Ez a szerelem hűséges, állhatatos, alázatos, türelmes, elnéző, engedelkeny, őszinte, szerény, éber, tartós, készséges, vidám. Mindezeknek az erényeknek az a tulajdonságuk, hogy az individuumban befelé irányuló meghatározások. Az individuum nem külső ellenségekkel hadakozik, hanem önmagával, elhódítja szerelmét önmagától. És időmeghatározásuk van; mert valóságuk nem az, hogy egyszer s mindenkorra vannak, hanem hogy állandóan újra vannak.²⁴ És ezekkel az erényekkel nem szerezhető meg más, csupán maguk az erények. Ezért a házastársi szerelem – ahogy gyakran gúnyosan elnevezted – egyszerre hétköznapi és ugyanakkor isteni (görög értelemben) és azáltal isteni, hogy hétköznapi. A házastársi szerelem nem szemmel láthatóan jó el, nem zúgással bűgással, mint az aranymadár: ez a szerelem egy szelíd lélek romolhatatlansága” (Kierkegaard 2005, 558).

A „romantikus” és „házastársi szerelem” szembeállításával világossá válik, hogy melyek a házasságot optimális esetben meghatározó, annak sikerességét előrejelző erények. Ezt a szerelmet az időbeli, a nagyrészt a klasszikus erényetikához tartozó erények keretezik. Bár a szexualitás az ilyen szerelemben határozottan alacsony értéket képvisel, ennek ellenére a tartós monogám párkapcsolat normalizációjának paradigmatis erejét jól demonstrálják a fenti sorok. *Ha elköteleződöttél, ki is kell tartanod!*

Miért fontos mindez a szexuális funkciózavarok medikalizációjában? Kovács József a pszichiátria és pszichoterápia bioetikai kérdéseit feldolgozó nagyszabású munkájában a medikalizációnak a szexuális diszfunkciókra jellemző patologizáló tendenciájáról az alábbi megállapításokat teszi. Ahhoz, hogy a szexuális funkciózavar, mint a konstrukcionista betegségtételezés kiváló példája működőképes legyen, két, a nemi élettel összefüggő társadalmi normának kell egymással összeütköznie. Egyrészről a *monogám párkapcsolat normájának*, másrészről pedig a *„sex-for-life”* kultúra értelmében az egész

²⁴ A szerző kiemelése.

élethosszra megelőlegezett szexuális vágy fennmaradását hirdető imperatívusznak. Mivel a két norma egymással (gyakran) nem összeegyeztethető, kedvező táptalaj keletkezik a szexuális funkciózavar létrehozásához, amelynek valódi oka tehát egy alapvetően normatív konfliktus (Kovács 2007, 196).

3.6. AFRODIZIÁKUMOK MEGÍTÉLÉSE A XIX. SZÁZADBAN

Bár Kierkegaard a jegyességét végül felbontotta, és a házassággal kapcsolatos közvetlen tapasztalatot nem szerzett, de minden bizonnyal a házastársak szexuális hűségét etikai minőséggel felruházó szerző is tisztában volt ennek az élethosszig tartó vállalásnak a nehézségeivel. A medikalizáció vonatkozásában számunkra különösen érdekes az a szövegrész, amelyben a régóta tartó házastársi kapcsolatokon eluralkodó „megszokásról” ír. Felmerülhet bennünk annak a gondolata, hogy Kierkegaard számára korábban is kézenfekvő volt-e a házastársi szerelem tüztét valamilyen speciálisan erre szolgáló eszközzel, obskúrus vagy kanonizált technikával fellobbantani. Több mint valószínű, hogy igen. Ezt a feltételezést támasztja alá Alison M. Downham Moore és Rashami Pithavadin tanulmánya az afrodiziákumok orvos- és gyógyszerértörténeti jelentőségéről. A szerzők mellett érvelnek, hogy a XIX. század közepén a tudományos orvoslás térnyerésével megfigyelhető a tradicionális vágykeltő eszközök (afrodiziákumok) hitelvesztése is, addig viszont kultúraspecifikusan jellemző volt az elsősorban fertilitási célú készítmények használata (Moore – Pithavadian 2020).

Az afrodiziákumokról szóló diskurzus változása a XIX. század közepére tehető, amikortól az orvosi szövegek könyvek egyöntetűleg kétségbe vonták a vágykeltő készítmények libidóélénkítő hatásait. Moore kiemeli egy francia orvosnak, Félix Roubaud-nak 1876-ban, illetve egy amerikai doktornak, William Hammondnak 1885-ben megjelent szövegeit, amelyek kifejezetten a nők frigiditásának²⁵ „gyó-

²⁵ A XIX. században a fogalom egyaránt leírta a vaginális orgazmusra való képtelenséget, az orgazmus elérésének képtelenségét és a vágy hiányát is.

gyítása” céljából használatos készítmények használata ellen érveltek (Moore 2020, 16). Ugyancsak a XIX. század végén, orvosi berkeken belül jelent meg az időssek nemi életével kapcsolatos gondolat, amely a nők esetében a menopauza, férfiak esetében pedig a hatvanadik életév betöltését követően tiltotta meg a szexuális életet, melyről feltételezték, hogy a női és férfi szervezetet egyaránt legyengíti (Moore 2016, 17). A XIX. és XX. század fordulójáról mindezek tükrében megállapíthatjuk, hogy a szexualitásnak a nők szexuális magatartásáról szóló diskurzusát egyrészt az utódnemzési célú paradigma dominálta. Az európai gyógyszerészeti gyakorlatba átszövődő afrodiziákumok felhasználási célja is csak a fertilitás elősegítésére korlátozódott, amely a „sikeres nemi élet” szinonimájaként volt értelmezhető.

A XIX. század végén azonban fontos változást hozott Sigmund Freud pszichoanalitikus megközelítése, aki a klitorális helyett a vaginális területhez kapcsolta a női szexualitás diskurzusát. A Freud által használt „frigiditás” fogalom is tükrözi, hogy a nemiség új konceptuális keretét a vaginális orgazmusra való képesség és képtelenség szembeállítása jelentette. Nem sokkal később a hüvelyi szexualitás normalizációjának hatására a klitorális stimulációt igénylő nőket férfiasnak bélyegezték, olyanokak, akikből az anyai ösztön is hiányzik, és akikre a neurózis és a társadalmi ellehetetlenülés jövője vár (Angel 2010).

A Kierkegaard által bemutatott „megszokásba” fulladó házasságban élők esetében az útkeresésnek csak igen szűk dimenziói kínálkoznak. Az érintettek például fogódzót találhatnak az egzisztenciális önmegvalósítás egyes stádiumait mérlegelve. Ennek a nagyszabású filozófiai programnak egy részét nyomon követhetjük a *Vagy-vagy* című kötetben, és megismerhetjük, hogyan süllyed bele az esztétikai stádiumba a vágyai által fogvatartott *Don Juan*, azaz a hedonista javakat kajtató, „hódító természetű ember.” A tökéletes, harmadik stádiumot Kierkegaard az ugyancsak 1843-ban megjelent *Félelem és reszketés* című művében fejti ki, melynek jellegzetességeit Ábrahám bibliai történetének példájával demonstrálja. A végső cél ennek értelmében, a hitben való feloldódás, vagyis az értelem elvesztése. A házastársakról szóló, összességében inkább negatív végkicsengésű megállapításait

Kierkegaard az etikai stádiumban tárja elénk. Optimális esetben a morális zsenialitásnak köszönhetően az idő legyőzése és áldása által lehetségessé válhat az a „gyarapodó előrehaladás” (Kierkegaard 2005, 560), amelyben a házastársak *egymás által* önzonosak tudnak maradni. A szerző szubjektív ítélete átüt a sorokon, és kiváglik, hogy az etikai stádium szinte biztosan kudarcra van ítélve. Mint azt Ullmann Tamás írja, a „morális zsenialitás csak keveseknek adatik meg, az emberek legnagyobb része nem a választással viszonyul az általános-hoz, hanem a többiek által élt biztonságos és békés élet elfogadásával, vagyis a közösségbe való belesimulással, a házasság pedig gyakran ennek [elidegenítő – T. G.] eszközévé válik” (Ullmann 2010, 923). Tehát a személyesség és az érzékiség is elvész az idő előrehaladtával. Végső esélynek megmaradhat az a szórakoztató példa, amelyet Kierkegaard ugyancsak a *Vagy-vagy* című könyvében említ. Beszámol arról a gyakorlatról, amelynek során a bágyadt paraguayi házasságokat, amikor is „álmos módon történik minden, szinte óráütésre”, a jezsuiták egy éjfélkor történő kolompolással törték meg, abból a célból, hogy a házastársi „kötelességeikre” (reprodukció) emlékeztessék a párokat (Kierkegaard 2005, 558). Persze, meglehet, hogy a megszokásnak „egyhangúsága, teljes eseménytelensége, állandó tartalmatlansága”, amelyet Kierkegaard még a halálnál is rosszabbnak tart, végül minden elfogadott eszköz ellenére is felőrli a házasságot.

3.7. A NŐI FRIGIDITÁS METAMORFÓZISA

A XIX-XX. század fordulóján elhatalmasodó orvosi narratíva jelenti annak az időszaknak a kezdetét, amikor a medicina felfedezte a szexuális diszfunkció fogalmát, és arra alapvetően prevenciós és terápiás javallattal próbált szolgálni. A következőkben a női szexuális diszfunkció orvostörténetét szeretném kontextusba helyezni. A *Mentális Betegségek Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyvének* (DSM) 1952-ben megjelent I. kiadása volt az első orvosi dokumentum, mely a frigiditás diagnosztikus kategóriáját besorolta az úgynevezett „Pszichofiziológiai autonóm és viscerális zavarok” (*Psychophysiological autonomic visceral disorders*) közé. A DSM-I koncepcióját

érezhetően befolyásolta a pszichoszomatikus orvoslás úttörőjének, Adolf Meyernak pszichobiológiai paradigmája, melyhez az úgynevezett 'zsigeri neurózis' kifejezés is társul (Angel 2010). Ennek lényege, hogy a nők érzelmei ok-okozati kapcsolatban állnak az úgynevezett urogenitális pszichofiziológiai zavarokkal, többek között a frigiditással is.

1968-ban a DSM-II a nők szexuális rendellenességeinek klasszifikációjában csak abban a tekintetben hozott változást, hogy a szexuális zavarok közé a *dyspareunia* (behatoláskor, szexuális aktus közben/után jelentkező fájdalom) is bekerült (APA 1968). A medikalizáció redukcionista szexualitás képéhez ténylegesen csak a DSM-III 1980-as megjelenése vezetett, amelyet paradigmátikus átmenetnek tekinthetünk a pszichoszomatikusból a biológiai pszichiátria felé. Ennek alapvetése, hogy a nők szexuális diszfunkcióinak hátterében korábban feltételezett pszichoszomatikus betegségmodell indokolatlanul nagy jelentőséget tulajdonított a pszichoszociális faktoroknak. A biológiai pszichiátria ezektől axiomatikusan próbálta magát függetleníteni, és ezzel azt hirdette, hogy a patológikus és normális állapotok között egy jól definiálható empirikus határvonal húzható. A nők szexuális problémái ettől fogva olyan *mentális zavarokként* kerültek meghatározásra, amelyekről ekkoriban feltételezték, hogy (1) diszkrét entitások, és (2) a biológiai pszichiátria explicit diagnosztikai kritériumrendszerével minden kétséget kizáróan azonosíthatók (Haslam 2000). Ez a vízválasztó konceptuális fordulat részletesebb elemzést kíván, így a következőkben arra keressük a választ, hogy a mentális zavar biomedikális pszichiátriai modellje, amely a DSM-III-at meghatározta, milyen konceptuális hiányosságoktól szenved, és ez hogyan befolyásolta a nők szexuális diszfunkciójának megítélését.

Fontos látnunk, hogy a DSM-III programjának szárnypróbálgatása már jóval korábban, a XIX. század végén is megfigyelhető. A biológia diszciplináris forradalma, és az orvostudomány diagnosztikai tökéletesedése, a patomechanizmusok pontosabb megértése, a pszichiátriára is nyomást helyezett. Az általános kóroktan paradigmához híven Anne-Charles Lorry (1726–1783) is az idegrendszer rostjainak rendellenességeivel azonosította a mélabú egyes formáit. Később Pierre Cabanis (1757–1808) francia orvos is azt feltételezte, hogy az erkölcsi

zavarokkal kapcsolatban állnak bizonyos szervi elváltozások is (Földényi 2003, 269). Wilhelm Griesinger (1817–1868) német pszichiáter, a tübingeni egyetem egykori professzora, az 1861-ben megjelent *Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten* című művében számos olyan gondolatot megfogalmazott, amelyeket a DSM-III-ban testet öltő „mentális zavar” koncepció előhírnökének tarthatunk. „A patológia mint tiszta fiziológia bizonyítja, hogy kizárólag az agy lehet a helyszíne a normális és abnormális mentális működésnek. [...] Az agy minden mentális betegségben érintett, így tehát az elmebaj legközelebbi oka az agyi érintettség” (Griesinger 1882, 3,4 idézi Tari 2015, 136). Griesinger törekvései egyértelműen azt tükrözik, hogy a pszichiátria feladata a bizonytalan filozófiai gyökerekkel való szakítás, és az orvostudomány testcentrikus paradigmájára építve a mentális zavarokat szervi, első sorban neurológiai okokra kell visszavezetni (Tari 2015, 136). „Az empirizmusnak muszáj türelmesen várnia arra az időre, amikor az emberi lélek és az élet alkotóelemeinek kapcsolatát annak minden formájával végül fiziológiai, semmint metafizikai problémákként kezeljük majd [Ford.: T. G.]” (Griesinger 1882, 3,4 idézi Tari 2015, 136).

A Griesinger által bemutatott tézisek közösek a nagyhatású német pszichiáter, Emil Kraepelin (1856–1926) módszertani alapjaival. A Kraepelin által kidolgozott paradigma a szisztematikusan rendszerezett pszichiátriai tünetcsoportokra épített. Koncepcióját alapjaiban véve meghatározta, hogy az agy tudattartalmait a legapróbb részletekig fel kell tárni, és az elemi kapcsolódási mechanizmusokat meg kell érteni. Mivel tudták, hogy az emberek anatómiai struktúrája nagyfokú hasonlóságokat mutat, ezért Kraepelin feltételezte, hogy a betegség- és zavarkategóriák is uniformizálhatóak. *A DSM-III paradigmája, miszerint lehetséges olyan mentális zavarokat leírni, amelyek értékeslegesen, tisztán empirikus megfigyelésekre építve képesek a kóros és egészséges állapotok elkülönítésére, Kraepelin biomedikális tézisére vezethető vissza* (Tari 2015, 136–137).

A DSM-III paradigmáját mindezek tükrében *neo-kraepelini pszichiátriának* is nevezik. Betegség és zavarelhatárolási struktúrája paradox módon egy messzemenőig filozófiai koncepcióból táplálkozik, melyet a mentális zavar természeti fajtaként (*natural kind*) való meg-

határozása jelent. Az 1980-as évek pszichiátriai közössége bizakodással fogadta azt a módszert, melytől a társadalmi (szociokulturális befolyás) és szakmai (nem egységes diagnosztikai eszköztár, a diagnosztika szubjektivitása) önkényesség leküzdését remélték. Az átalakulás nemcsak a diagnosztikát, hanem a terápiaválasztást is szemmel láthatóan befolyásolta. Az időigényesnek tartott pszichoterápiás irányzatot rövid időn belül háttérbe szorította a farmakológiai pszichiátria. A folyamat nemcsak a betegségek reprezentációját, hanem a biomedikális pszichiátria antropológiai sajátosságait is megvilágítja: mivel a mentális zavart az agy hibás termékének, molekuláris rendellenességnek tartották, az élettörténetétől, önértelmezésétől, pszichoszociális státuszától megfosztott személy mint rosszul funkcionáló test, lassacskán eldologiasodott (Haslam 2000, 1031).

Ennek a naturalista koncepciónak mélyebb megértéséhez meg kell vizsgálnunk a mentális zavar ontológiai státuszát, amely tehát a DSM-III biomedikális nézőpontjából azonos a zavar *betegségmodellként* való megközelítésével. Alapsajátosságait Nick Haslam négy fő pontban foglalja össze: (1) a mentális zavar oka az ember biológiai funkcióinak, struktúráinak felborulása és abnormalitása; (2) minden mentális zavar a csak és kizárólag rá jellemző etiológiával (kóroktan) bír; (3) minden mentális zavar „diszkrét”, egymástól jól elkülöníthető kategóriába rendezhető; (4) a mentális zavar kialakulásában a történeti-pszicho-szociális komponensek okozati szerepe kizárható – univerzalitástézis.

Tehát a mentális zavar betegségmodellje a kórosnak vélt mentális működések mögött azonosíthatónak gondolt definitív erővel rendelkező, szükséges és elégséges feltételeket. Ennek megfelelően a DSM-III neo-kraepelini koncepciója az alábbi tézisekben körvonalazható: (1) a pszichiátria az orvostudomány része, hiszen módszertanilag nem különbözik a medicina más specializációtól; (2) az egészség és betegség állapotai között empirikus úton megalapozható határ húzható; (3) egymástól alapjaiban véve különböző, „diszkrét” mentális kórképek léteznek; (4) mindezek tükrében a pszichiátria feladata ezen kórképek biológiai aspektusaira fókuszálni (Roelcke 1997, 383). Haslam és Roelcke megállapításaiból következtethetünk arra, hogy a neo-kraepelini betegségmodell a mentális zavarokat *természeti*

fajtaként ragadja meg. A *Stanford Dictionary* leírása szerint akkor beszélünk természeti fajtákról (Bird – Tobin 2024), ha annak felismerhetőek olyan definitív tulajdonságai, amelyek együttállása esetén minden kétséget kizárólag képesek vagyunk beazonosítani a fajtához tartozást. A természeti fajta esszencialisták elgondolása szerint a természeti fajták eredendően magukon hordozzák azokat az attribútumokat, amelyek mint univerzális tulajdonságok, szükséges és elégséges feltételét adják a fajtához tartozásnak.

A DSM-III betegségklasszifikációs paradigmája tehát kimondatlanul is elköteleződött amellett, hogy a természeti fajtákat metafizikailag reális entitásokként gondolja el, hiszen azokat univerzális (a világ legkülönbözőbb pontjain is azonos) diagnosztikai eszközökkel, a biológiai fajokhoz hasonlítható rendszertani kategóriákba illesztette. A konceptuális keretek a tudományos realizmus alapsajátosságait mutatják, vagyis feltételezték, hogy a „tudományos stratégiák képesek az elméletektől független fenomének megjelenítésére és csoportosítására” (Tari 2015, 148).

A DSM-III betegségmodelljével szemben megfogalmazott kritikák hangsúlyozzák, hogy az egyes „betegek” között megfigyelhető fenotipikus különbségek (pszichoszociális, demográfiai stb.) diagnosztikai értékkel rendelkeznek. A kézikönyvet használó szakemberek az instrukciókat követve nem veszik figyelembe a hozzájuk fordulók *eredetiségét*, amely konceptuális hiányosságokhoz vezet. Foucault szavaival élve tehát le kell szögeznünk, hogy „Az örület nem lelhető fel *a maga vad állapotában*.²⁶ Nem is létezik máshol, mint egy társadalomban, nem létezik azokon az érzékenységi formákon kívül, amelyek elszigetelik, az ellenérzés formáin kívül, amelyek kirekesztik, vagy foglyul ejtik” (Foucault 1994, 41 idézi Sutyák 2007, 43).

A DSM-IV 1994-es megjelenése számottevő konceptuális változást nem eredményezett. Ugyanúgy folytatódott a mentális problémákat természeti fajtákként megragadó betegségmodell alkalmazása, amelynek indoklásában nagyrészt az univerzális és semleges diagnosztikai nézőpont megteremtése volt a cél. A női szexuális diszfunkció történetének ebben a fázisában igazán meghatározó volt, hogy a problé-

²⁶ A szerző kiemelése.

mával foglalkozó orvosi specializációk identitásképzésében milyen nagy szerepet kapott a negatív definíció, vagyis a törekvés az empirikusan nem igazolható kóroktani tényezőktől való elhatárolódás. A DSM egy vákuumot hozott létre, mely minden empirikusan igazolható nozográfiai alkotóelemet magába rántott, és eltaszított minden olyat, amely relativizálhatónak bizonyult. A nők szexualitásának egészsége és betegsége is a neo-kraepelini betegségmodellbe zárva volt fellelhető az ezredforduló előtt.

3.8. A NŐI SZEXUÁLIS DISZFUNKCIÓK KORTÁRS MEGÍTÉLÉSE

A női szexuális diszfunkciók (FSD) medikalizációjával kapcsolatos szakirodalomban John Bancroft szexológus, a *The Kinsey Institute for Research in Sex, Gender, and Reproduction* egykori igazgatója egy fontos összefüggésre hívta fel a figyelmet arra a feltételezésre reagálva, hogy a nők bizonyos okokból kifolyólag mennyiségileg és minőségileg is más szexuális igényekkel rendelkeznek a férfiakkal összehasonlítva (Bancroft 2002). Érvelésében rámutat, hogy *a szexuális válasz-készség gátlásának nemcsak társadalmi, hanem pszichofiziológiai okai is lehetnek*. A szerző egy másik írásában azt vizsgálta, mi okozza, hogy hasonló ingerek hatására az egyik ember szexuális izgalmi, míg a másik gátló válaszokkal reagál (Bancroft 1999). Fontos következtetése az volt, hogy a gátló szexuális válaszok háttérében valamilyen adaptációs mechanizmus feltételezhető, ezért önmagában ezt a pszichoszexuális predispozíciót (vagyis a nők nemi vágyának csökkenését) nem szabad rutinszerűen diszfunkcióként megragadni, azaz medikalizálni. Bancroft kutatási eredményét Bjorklund és Kipp evolúciobiológiai és pszichológiai magyarázatára (Bjorklund – Kipp 1996) támaszkodva azzal indokolta, hogy mivel a nők reprodukciós és gyermekgondozási szerepe kifejezettebb, ezért a gátlómechanizmusok nemcsak társadalmi, hanem genetikai okokra is visszavezethetők, amelyek egészen más, komplex bio-pszicho-szociális megvilágításba helyezik a nők szexuális magatartását, a „frigiditást” is beleértve.

Feltételezéseit tovább árnyalják a szexuális problémák miatt segítségért kérők között megfigyelhető nemi különbségek. Bancroft

és Warner Skóciában, 1987-ben folytatott vizsgálatukra hivatkozik, amelynek megállapításai alapvető nemi különbségekre mutattak rá: a szakemberhez fordulók nők 47%-a, míg a férfiaknak mindössze 8%-a tett utalást a szexuális érdeklődés és/vagy az élvezet hiányára (Warner – Bancroft 1987). Egy 2020-ban készült közlemény is hasonló eredményekre hivatkozik, tekintve, hogy az alacsony szexuális vágy prevalenciáját nők esetében 7 és 46% (Brotto 2010), míg a férfiak vonatkozásában 1 és 20% (Brotto 2010) között mérték (Dawson – Chivers 2014).

A hyperszexualitás²⁷ tekintetében ugyancsak kifejezett nemi különbségek mutathatóak ki. Egy a szexuális érdeklődést és viselkedéseket feltáró önbevalláson alapuló kérdőív eredményei szerint a „nehezen kontrollálható szexuális magatartás” férfiak esetében 12.0%-ot, a nők esetében pedig 6.8%-ot mutatott (Långström – Hanson 2006). A hipo- és hiperszexualitással kapcsolatos gondolatainkat tovább árnyalja a szexuális fantáziákban megmutatkozó aránytalanság is. Meskó Norbert a prostitúció evolúcióbiológiai értelmezésében több vizsgálatra hivatkozva demonstrálja azt, hogy egyrészt a férfiak adott időszakra vetítve és általánosságban véve is több szexuális partnerre vágynak, másrészt alapvetően elfogadóbbak az alkalmi szexuális kapcsolatok létesítésével kapcsolatban (Meskó 2014, 204).

Mindezek tükrében nem okozhat meglepetést a *nimfomániának* az 1800-as években a nőiségre kiépített medikalizációja sem, melyet egyszerre írtak le *túl aktív* nemi életként; a nemi életre irányuló *túlzott vágyként*; és *túlzásba vitt* önkielégítésként is. A „túlzott aktivitások” fokmérői egyszerre voltak a férjek, a nimfomániás nők anyjai, az orvosok és a viktoriánus társadalom által megalkotott „természeti törvényekből” konstruált nőkép. Ebben a koordinátarendszerben a nő részére elvárászerű volt a férfi vágyainak megfelelő, de egyébként szexuálisan passzív magatartás is (Groneman 1994).

Mindezek tükrében persze továbbra sem állíthatjuk, hogy könnyű lenne eldöntenünk, hogy az FSD patologizációja a medicina szükséges, vagy éppen túlzó és aránytalan lépése volt-e. Ha a szexuális él-

²⁷ Szorongással járó állapot, amelynek oka, hogy az egyén nem képes kontrollálni a túlzott mértékű szexuális tárgyú gondolatait, fantáziáit vagy viselkedését.

vezetnek és a vágy maga is ilyen alapvető, pszichobiológiai és evolúciós-pszichológiai tartalommal megtöltött nemi különbségeket mutat, miért lehetséges az, hogy korunkban jellemzően diszfunkcióként ragadjuk meg a nők szexuális magatartásának természetéből fakadó egyéni különbségeket?

Bancroft munkásságának az FSD vonatkozásában talán legfontosabb érdeme, hogy rávilágított arra, hogy az alacsony libidó medicalizációja magában hordozza a csúszós lejtő (*slippery slope*) érvelési hibáit, hiszen az alacsony szexuális vágygal rendelkező nők azokban a helyzetekben is patológiakusnak tűnhetnek, amikor szexuális viselkedésük (tüneteik) egy alapvetően adaptív válaszreakcióra visszavezethetők. „Érthető okokból a stressz, a depresszió, a jelentős fáradtság vagy a partner viselkedésében fennálló negatív vagy fenyegető motívumok folyamatos jelenléte a szexualitásra való fogékonyság adaptív gátlásához vezetnek” (Bancroft 2002, 454). Sajnálatos módon ez a felismerés sokáig nem kellő hangsúllyal jelent meg sem a szakirodalomban, sem a laikusoknak szóló médiumokban, továbbá az orvosok és a közvélemény részéről is jellemzőbb volt a női szexuális diszfunkciók redukcionista, sematizáló attitűdje. Ez a gyakorlatban azt jelentette, hogy azokban az esetekben, amikor a betegség kánonjához tartozó tünetek egy adott időszak alatt együttesen fennálltak, rögtön elindultak azok az asszociációk, amelyek a személy medicalizációjához vezettek.

Bancroft kiváló példával szemlélteti, hogy az orvosi narratíva által hogyan fordulnak át a szexuális devianciák (normaszegő szokások) szexuális diszfunkciókba. 1999-ben az Egyesült Államokban a szexuális diszfunkcióiról szóló reprezentatív mintán végzett kutatási eredményeket jelentettek meg. A vizsgálat célja az egyes diszfunkciók gyakoriságának és prediktorainak (előrejelző tényezőinek) felmérése volt. Konklúziójuk, hogy *a szexuális diszfunkciók az ezredforduló amerikai társadalmának népegészségügyi problémájának számítottak*. Ezek jellemzően nagyobb mértékben érintették a nőket (43%), mint a férfiakat (31%) (Bancroft 2002). Bancroft élesen bírálta a cikk szerzőit azért, mert azok a közlemény számára a főbb megállapításaik között felértékeltek a statisztikai adatközlés nyers számaidat. Ennek következményeként a kutatásban szereplő értékes következtetések,

mint például a „szexuális diszfunkciók” mögött kimutatható pszichoszociális pozitív prediktorok (pl. a korábban szerzett negatív szexuális élmények és az általános jóllét hiánya) nem megfelelő súllyal jelentek meg.

Bancroft nem vonja kétségbe, hogy a nők között előfordulnak olyanok, akik *maladaptív* gátlási mechanizmusokkal találják szembe magukat, melyek súlyos mértékben akadályozzák őket a számukra kielégitő szexuális élet folytatásában. Ezek a személyek a gyógyszeres intervenciókból potenciálisan profitálhatnak. Ebből kiindulva tehát a szakmaspecifikus kihívás a pszichoszexuális eredmények helyes interpretációjából kiépíteni azt a diagnosztikus eszköztárat, mely alkalmas lehet a szexuális problémával élők között megtalálni azokat, akiknek *elsődlegesen* orvosi terápiára van szüksége. A szexualitás medikalizációjának is létezik tehát adekvát, arányos, ennél fogva etikailag elfogadható mértéke, amennyiben a klinikai kép diagnosztikus feltérképezése kellőképpen érzékenynek bizonyul, és a segítséget kérő személy számára a nem orvosi alternatívák alkalmazására nem, vagy csak kis hatékonysággal nyílik lehetőség. Az ilyen medikalizáció, ahogy azt a bevezető részben kifejtettem (lásd 1.2. fejezet), összhangban van a bioetika legalapvetőbb normáival, a „tégypót” kötelezettséggel, amely az orvoslás Hippokratész óta velünk élő princípiuma.

Richard Moynihan 2003-ban valóságos darázsfészekbe nyúlt, amikor a *British Medical Journal* (BMJ) hasábjain az FSD-t a betegségárusítás tipikus példájának nevezte. Közleményének attitűdjét már az alcímbe felvetett kérdés „Az új zavart a kielégítetlen igények kielégítésére, vagy új gyógyszerek piacépítése céljából azonosították?” is jól tükrözte. A szerzőnek az FSD definíciójának megalkotásával kapcsolatos egyik legfőbb kifogása az volt, hogy ennek folyamatában szinte csak és kizárólag olyan gyógyszercégek és szervezetek vettek részt, amelyeknek nyilvánvaló piaci érdekeltségük volt kimutatható egy, a női szexuális diszfunkcióra specializált gyógyszer kifejlesztésében (pl. a Viagra forgalmazója, a Pfizer). A Moynihan által kritizált Rosmary Basson és Sandra Leiblum pszichiáter páros a BMJ következő lapszámában közölt válaszlevelében kikérte magának, hogy „új mentális zavart” hozott volna létre. Az FSD, diagnosztikai hátterét megalapozandó, 1997 és 2002 között lebonyolított hét olyan kongresszust,

amelynek szponzorációjában gyógyszercégek is részt vettek; ezt az *American Psychiatric Association* (APA) a nők szexuális egészségével kapcsolatos reflexivitásra való törekvésként értelmezte. Ennek a folyamatnak, mint azt a szerzők hangsúlyozták, inherens részét képezték a női nemiség kontextualitását megteremtő szociokulturális tényezők is. A szerzők amellettt érveltek, hogy a gyógyszercégek szponzorációja a XXI. században megkerülhetetlen sarokköve a biomedicina diagnosztikai és kuratív irányzatainak fejlesztéséhez, és nélkülük még a patomechanizmus feltárására irányuló kutatási projektek sem valósulhatnak meg (Basson – Leiblum 2003, 658). Moynihan kritikája lezárásaként egy olyan definíciós alternatívát is idézett, amelynek klinikai alkalmazása az ő megítélése szerint is alkalmas lehet a farmakolizáció káros hatásainak mérséklésére. Ellyn Kaschak, a nők szubjektivitását előtérbe helyező meghatározása alapján a szexuális probléma nem más, mint „a szexuális élményekhez érzelmi, fizikális, párkapcsolati téren fűződő elégedetlenség”, amely az okok négy kategóriája által figyelembe veszi: (1) a szociokulturális vagy politikai-gazdasági; (2) a párkapcsolati; (3) a pszichológiai (4) és végül, az orvosi háttértényezőket is (Kaschak – Tiefer 2001, 70 idézi Moynihan 2005, 47).

Mára azt láthatjuk, hogy a klasszifikációs rendszerek konceptuális kereteik közé nagyrészt beépítették a szexuális diszfunkciókkal kapcsolatban megfogalmazott főbb kritikákat. A DSM-V hangsúlyozza, hogy a diagnosztika kötelessége figyelembe venni az anamnézis felvételekor azt aényt, hogy a vele szemben ülő egyént meghatározza a szociokulturális környezet, amelyből érkezett. Azokban a társadalmakban azonban, amelyekben a férfiak hierarchiai pozíciója észrevétlenül áthatja a párválasztási, gyermekvállalási stb. kérdéseket, és a nő szubjektív élményvilágát is az androcentrizmus olvasatában értelmezi, ez a figyelmesség önmagában véve nem elegendő ahhoz, hogy az FSD medikalizációja arányos maradjon. A kulturális problémák felismerése nemcsak a pszichofarmakológiai ártalmak mérséklése érdekében szükséges, hanem a társadalmi változásokat támogató politikai szerepvállalás szükségességére való figyelemfelkeltés miatt is. A DSM szerzői külön figyelmeztetnek arra, hogy ha a tünetek oka a „szociálisan deviáns viselkedés (pl. politikai, vallási, szexu-

ális), és az [...] főképp az egyén és a társadalom között zajló konfliktusok[ból]...” ered, önmagukban ezek nem mentális zavarok, „kivéve ha a deviancia vagy a konfliktus a személy diszfunkciójából fakad” (Nussbaum 2013, 18). A diagnosztikai kézikönyv legfrissebb verziója elméletileg összhangban van azzal, amire Bancroft és mindazok rámutatnak, hogy a szexuális egészség egy komplexebb jelenség annál, mintsem hogy azt leegyszerűsíthessük neuroendokrin működéseinkre, vagy a genitális szerveknek tulajdonított „megfelelő” (fajtipikus) funkcionalitásra. Ezt jól példázza, hogy a DSM V-ben a „Női szexuális érdeklődés/készenlét zavara” diagnosztikai kategória leírásának a végén, a „Kizárási kritériumok” között pszichoszociális szempontok is szerepelnek. „Ha egy nő olyan szexuális diszfunkcióról számol be, ami jobban magyarázható nem szexuális mentális zavarral, *súlyos párkapcsolati problémával vagy más jelentős stresszorral*,²⁸ vagy valamilyen szer/gyógyszer vagy más testi betegség hatásának tulajdonítható, a diagnózis nem adható” (Nussbaum 2013, 146).

Mint az eddigi összefoglalóban láthattuk, az FSD medikalizációjával kapcsolatos kritikák visszatérő motívuma volt, hogy a nozográfia során és a klasszifikációs sémák megalkotásakor figyelmen kívül hagyták, hogy a szexualitás egy multifaktoriális életjelenség, melynek precíz megragadásához az olyan bio-pszicho-szociális együttthatókra is tekintettel kell lenni, mint a családi és kulturális hitrendszerek, a korai szexuális tapasztalatok, partnerkapcsolatok minősége és a nőt akutan és krónikusan érő stresszorok jellege (Nussbaum 2013, 111).

3.9. A VÁRANDÓSSÁG ÉS SZÜLÉS MEDIKALIZÁCIÓJA

A könyv zárófejezetében a szülés etikai kérdéseire koncentrálnunk. Ennek alapélménye az az orvosi tér, melyben napjainkban ezt az igen intenzív fiziológiai és igen komplex pszichoszociális életjelenséget felleljük. A szülészeti ellátásnak az 1900-as évek első felétől meghatározó alapélménye, hogy a várandósságot az egészség és betegség dichotómiáján keresztül a nők egészségi állapotának zavaraként ra-

²⁸ A szerző kiemelése.

gadják meg, aminek során szakszerű orvosi ellátásra van szükség (Mullin 2005). A *Stanford Dictionary* várandósságról és szülésről szóló szócikke kiemeli, hogy az angolszász országokban a szülészeti ellátás medikalizációjának egyik kézzel fogható következménye, hogy számos orvostechnológiai eszköz kíséri végig a magzati fejlődés hozzávetőleg negyven hetét, a szülést és az ezt követő posztpartum időszakot is. Közvetlenül a szüléshez kapcsolódóan ilyenek a szülést megindító gyógyszerek, az epidurális és spinális érzéstelenítés, vagy a magzati szívhang-monitorozás; a szülést megelőzőleg pedig a genetikai szűrővizsgálatok, valamint a preventív és kuratív célú gyógyszerek alkalmazása (Kukla – Wayne 2024).

A soron következő gondolatmenet tartalmi kereteit a várandós és szülő nőkre korlátozzuk, így a magzat morális státuszából és a hozzá fűződő érdekekből származó problémákat csak az anya megközelítéséből lesz módunk vizsgálni. A feldolgozásra váró témakörök a fogamzással kezdődő *intrauterin* fejlődési ívet követik, amelynek végkifejlete a szülés és annak medikalizációja lesz.

3.10. A REPRODUKTÍV AUTONÓMIA ELVE

A női önrendelkezés minél szélesebb körben való biztosítása meghatározó értéke és célja volt a nemi egyenlőség helyreállításáért folyó polgárjogi és emancipatorikus küzdelmeknek. A fogamzásgátlási lehetőségek garmadájának megjelenésével együtt zajló „szexuális forradalom” a XX. század közepén bizonyos értelemben a nők szexualitásának felszabadulásához is vezetett. A mai napig aránytalan kontraceptív felelősség etikai problémáinak ellenére azt mondhatjuk, hogy a hormonális fogamzásgátló szerekhez való hozzáférés által az 1970-es évekre a nők a nyugati országok döntő többségében a gyermekvállalással kapcsolatos döntések aktív irányítójává váltak. Mindezek együttesen hozzájárultak az autonómia bioetikai elvéből származó specializált normának, a *reproduktív autonómiának* egyre szélesebb körben való kodifikációjához is. A feminista bioetikus, Laura Purdy meghatározásában a reproduktív autonómia egy alapvetően gendersemleges fogalom, mely a nők és férfiak számára egy-

aránt biztosítja a döntési szabadság jogát az összes gyermekvállalással összefüggésben álló, egzisztenciálisan fontos kérdésben (Purdy 2005). Az alapelv a nők vonatkozásában magában foglalja a fogamzásgátlási eszközök közötti választással, a gyermekvállalás részleteivel (tervezett gyermekek száma, időzítés, partner megválasztása), a várandósgondozással (gondozást végző személyének, diagnosztikai lehetőségeknek), a szüléssel (szülés helyszíne, szülést kísérő személyeknek, beavatkozásoknak) és a perinatális időszakkal (a gyermek ellátásával, elhelyezésével, táplálásával) kapcsolatos valamennyi kérdést (Tari – Hamvai 2019, 278). Fontos kiemelni, hogy a reprodukív autonómia elvének elfogadása nemcsak lehetőségeket, hanem kötelezettséget is ró a gondolkodásában, akaratában és cselekvésében szabad személyekre, de még inkább az egészségügyi szolgáltatókra nézve is. A reprodukciós kérdésekkel kapcsolatos döntéshozatali szabadság előfeltétele a személyre szabott, torzításmentes, érthető nyelvezetű tájékoztatás, hiszen kizárólag a szükséges és elégséges információk birtokában gyakorolhatjuk ténylegesen terápiás önrendelkezésünket. A modern orvosi etika a XX. század második felétől kezdődően a tájékozott beleegyezés (*informed consent*) elvét a partneri ellátott-orvos kapcsolat morális alapjaként kezeli, ennek megfelelően a tájékoztatásra jogosult ellátókat informálási (morális és jogi) kötelezettség terheli. A reprodukív autonómia elve a gyakorlatban ezek tükrében elősegíti a „jól megalapozott medikalizációt” (*well-founded medicalization*), hiszen általa a nők tudatosan dönthetnek például a gyermekvállalás körüli diagnosztikus és terápiás lehetőségekről, vagy a fogamzásgátlás egyes eszközeinek használatáról. Mindemellet az alapelv a kártékony, „túlzott medikalizáció” (*over-medicalization*) előfordulását is mérsékli, hiszen az információ által a nem optimális kár-haszon arányú rutinbeavatkozások (például gátmetszés) elutasítása is lehetségessé válik.

A legelső nemzetközi dokumentum, amely hangsúlyozta a reprodukív autonómia alapelvét, az ENSZ által 1994-ben Kairóban rendezett *International Conference on Population and Development* elnevezésű kongresszus záró rendelkezése volt (ENSZ 1994). Mára sokat javult a helyzet, hiszen a legtöbb demokratikus országban rögzített betegjogokból és a tájékozott beleegyezés széles körben imple-

mentált doktrínájából levezethető a reprodukcióra specializált szabadság is. Hazai példával illusztrálva (csak hogy a legfontosabbakat említsük), a tájékoztatáshoz való jog, az önrendelkezéshez való jog, az egészségügyi ellátáshoz való jog, az emberi méltósághoz való jog, a kapcsolattartáshoz való jog és az ellátás visszautasításához való jog mind intézményesített, *de jure* garanciái a reprodukzív autonómia etikai alapelveinek.

A FIGO (*International Federation of Gynecology and Obstetrics*) testülete is elkötelezett az önrendelkezés és a közös terápiás döntéshozatal védelme iránt. Számos fórumon hangoztatják, milyen eszenciális érték a nők szabad, terápiás döntéshozatali folyamatának biztosítása. „Az autonómia tiszteletének elve hangsúlyozza, hogy a nők döntési folyamatban való részvételét tiszteletben kell tartani. Az orvosoknak törekedniük kell a nők sebezhetőségének orvoslására azáltal, hogy kifejezetten figyelembe veszik a nők döntéseit és tiszteletben tartják nézeteiket” (FIGO 2015). Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) is rendszeresen közzéteszi a szüléssel kapcsolatos szakmai irányelveit, amelynek egészére nézve meghatározó a szülés különböző szakaszaira specializált pragmatikus szemlélet. A dokumentum célja a szüléskísérés folyamatában résztvevő segítőknek gyakorlati útmutatást adni a nők önrendelkezési jogának tiszteletben tartása érdekében. 2018-ban, a legutóbbi kiadásban ötven intra- és posztpartum ellátásra vonatkozó ajánlást fogalmaztak meg a nők pozitív szülésélményét elősegítendő. A gyűjtemény különlegessége, hogy naprakész szakirodalmi adatokkal értékeli a szülészeti ellátásban előforduló diagnosztikus és terápiás beavatkozások, kommunikációs stratégiák előnyeit és hátrányait. Az áttekintés a szülés során leggyakrabban előforduló gyakorlatokat végül *evidence based* (tudományos bizonyítékokon alapuló) szemléletre alapozva, ajánlott (*recommended*), nem ajánlott (*not-recommended*) és csak különleges kontextusban ajánlott (*recommended only in specific context*) kategóriák szerint osztályozza (WHO 2018).

Mindamellet, hogy a kiadványok a szülészeti ellátásban észlelhető medikalizáció visszaszorítását célozzák, fontos, hogy a reprodukzív medicina epidemiológiailag megkérdőjelezhetetlen jótékony hatását is szem előtt tartsuk. A WHO ugyanis felhívja a figyelmet arra,

hogy az összes szülés mintegy 10–15%-ban a mai napig szükséges az azonnali és szakszerű orvosi beavatkozás az életre szóló testi és szellemi károsodások, valamint az anyai és magzati halálozás visszaszorítása érdekében. A következő oldalakon is ennek szem előtt tartásával fogalmazom meg a szülészet medikalizációjáról szóló kritikákat. Hangsúlyozom, hogy a szülészeti és nőgyógyászati ellátás során alkalmazott orvostechológiai eszközöket értéksemlegesnek ítélem meg. Vitán felül áll, hogy a perinatális időszak orvosi repertoárja hozzájárult mind az anyai, mind a magzati káresemények és halálozás csökkentéséhez. Értéksemlegesség alatt sokkal inkább azt értem, hogy a diagnosztikus és terápiás beavatkozásoknak, mint például a gátmetszésnek, a császármetszésnek (CSM) vagy éppen az intravénás oxitocin infúciónak (IV-oxitocin) nincs *inherens* erkölcsi értéke. A technikák normatív értékelésére kizárólag abban az esetben van lehetőség, amennyiben ezeket kontextusba helyezzük. Ezáltal fény derülhet arra, hogy a rutinszerűen, megszokásból vagy szokásjog alapján végzett beavatkozások összességében nem mérséklik a magzati és anyai morbiditást és mortalitást, nem segítik elő a vajúdo és szülő nők kompetencia érzetének kiépítését és fenntartását, vagy egyenesen hozzájárulnak a traumatizációhoz, és adott esetben traumatikus szülésélmények kialakulásához. Mindezekre tekintettel a következőkben a WHO-irányelvekkel folytonos „párbeszédben” maradvva amellet fogok érvelni, hogy a személyre szabott intra- és poszt-partum szülészeti ellátás a perszonalizáció normatív értékénél fogva vissza kell szorítsa azokat az orvosi gyakorlatokat, amelyek kiszolgáltatott helyzetbe hozhatják a vajúdo és szülő nőket az ellátószemélyzet és a szülő nő közti hatalmi aszimmetria miatt.

A következőkben amellet fogok érvelni, hogy a perinatális időszak túlzó medikalizációjának tartok minden (1) az orvosi és szülésznői szakmai irányelvek szerint nem indokolt; (2) az érintett nő által jogszerűen elutasított, de ennek ellenére végrehajtott; (3) és várandós/vajúdo/szülő nő számára a tájékozott beleegyezés elvét megsértő beavatkozás elvégzését. A reprodukív autonómia elvének kirívóan súlyos megsértése a várandósság, vajúdas és szülés során a diagnosztikai eszközök feletti önrendelkezés indokolatlan/meg nem magyarázott korlátozása; a várandósság, a vajúdas és a szülés helyszínének

indokolatlan/meg nem magyarázott áthelyezése egészségügyi térbe, a vajúdó/szülő nő kifejezett akarata ellenére; az újszülött gyermek ellátásának (pl. elhelyezés, táplálás stb.) a nő számára nem megmagyarázott, az érintett nő által elutasított formái. A várandósság, vajúdás és szülés során végzett aránytalan paternalisztikus orvosi és szakdolgozói tevékenység ugyancsak a reprodukzív autonómia sérüléséhez vezet, melynek oka a legfőbb betegjogok (a tájékoztatás joga, az emberi méltósághoz való jog, az önrendelkezés joga, a kapcsolattartás joga, az ellátás visszautasításához való jog, a gyógyintézet elhagyásának joga) indokolatlan, az érintett nő által nem akart, az érintett nő számára nem megmagyarázott korlátozása.

3.10.1. A prenatális diagnosztikai eljárások medikalizációja

Vegyük számba még egyszer, hogy melyek a legfőbb konstitutív elemei Peter Conrad medikalizáció definíciójának. (1) *A medikalizáció során egy életjelenség leírásához hagyományosan használt fogalmi és nyelvi eszközöket orvosi terminológia keretezi át.* A szülés orvosi definíciója egy szigorúan csak élettani folyamatokra egyszerűsített leírás, mely szóhasználatát jól illusztrálja a következő példamondat. A hüvelyi szülés leggyakrabban a 37. és 42. gesztációs hét között lezajló folyamat, mely során a rendszeres méhösszehúzódnás és a méhszáj megnyílásának hatására a méhmagzat, és magzati mellékreszei (magzatvíz, placenta, köldökgzsinór) áthaladnak a szülőcsatornán (Desai – Tsukerman 2023). (2) *A fogalmi szintet az intézményesített medikalizáció egészíti ki. Ennek során szervezett keretek között ragadunk meg orvosi problémaként valamilyen életjelenséget.* A 2018-ban hazai reprezentatív mintán végzett magyar születési kohorszvizsgálat előzetes eredményeiből tudjuk, hogy a várandósok 99%-os elsőprő többséggel egészségügyi intézményben szeretnék gyermeküket világra hozni (KOHORSZ 2018). (3) *Az ellátó és a várandós kapcsolatának szintjén megvalósuló medikalizáció során a kommunikáció rutinszerűen az ellátó-beteg szkriptet veszi fel.* Denise Copelton szembeötlő a medikalizáció kapcsán a nőkhöz társított passzív szereppel, és helyette amellet érvel, hogy a várandósok valójában aktívan

keresik azokat az életmódválasztással kapcsolatos orvosi tanácsokat, amelyek felhasználásával az anyaidentitásukat létrehozzák (Copelton 2004, 4221).

A következőkben megkísérlem bemutatni, hogy ebben az identitásképzésben milyen jelentősége van a fenomenológiai testesültségnek, amely a várandósság kontextusában egyrészt a testkép megváltozásához, másrészt a terhesség fizikai tüneteinek kapcsolódik. A várandósság medikalizációja tehát nemcsak az egészségügyi intézmény falain belül, hanem az anya percepcionális folyamatainak keresztül is zajlik. Rebecca Kukla értelmezésében ezt ilyen módon kell elképzelnünk: „Az orvosi eseményként felfogott várandósság nagyfokú rizikókezelést és megfigyelést igényel és orvosi szaktudásért fellebbezik: a terhes nőktől elvárt, hogy szabályozzák és megfigyeljék étkezésüket, folyadékbevitelüket, a magzat rúgásait, súlygyarapodást, alvási testhelyezetet, érzelmeiket, [...] és még az életüknek számos további, az orvostudomány standardjaival összhangban lévő aspektusát” (Kukla 2005).

Mindezekből három fontos következtetés adódik: (1) Fogalmi szinten az orvosok és a közvélemény megítélése szerint is teljes mértékig elfogadottá vált a terhességet az egészség-betegség dichotómia által leírni. (2) Amellett, hogy az első pontból egyenes úton következik, hogy a nők egészségügyi intézményekben szeretnék világra hozni a gyermeküket, ez korunkban egyben intézményesített elvárás is. (3) Az ellátó és a nők közötti kommunikációs csatornák mellett számos más társadalmi felület is a terhesség orvosi reprezentációját hirdeti. Neiterman vizsgálata azért különösen érdekes, mert jól kiegészíti a gyermekvárás medikalizációjának azt az irányzatát, amely a terhesség során egységesnek, változatlanak gondolt várandós énkép kialakulásáért felelős ingerek forrásfelkutatásával foglalkozik. Vegyük sorra a szerző fontosabb megállapításait (Neiterman 2013), amelyek segítenek megérteni, hogyan befolyásolja a várandós énképét meghatározó testtapasztalatokat a medikalizáció.

(a) A medikalizáció fogalmi eszközeivel számos testtapasztalatot tünetté formált át. A résztvevők a várandósság kezdetét is ennek megfelelően a vérzéskimaradás tünettapsztalatához társították. Neiterman felhívja rá a figyelmet, hogy a testi változások élményeit

(hányinger, hangulatváltozások) a terhesség „normálisnak tartott” progressziójaként, míg hiányukat a terhességre leselkedő veszélyként interpretálták.

(b) A várandósság során a tünetek megfigyelése egy kvázi tankönyvi, „normatív terhességnek” van alárendelve, így a várandósok testtapasztalatának alapélményeit is a biomedikális narratíva referenciája határozza meg.

(c) Neiterman a medikalizált testtapasztalat pozitív hozadékaként értelmezi a „normatív terhességi tünetek” interiorizált élményét, melynek megélése lehetővé tette a nők saját várandósságának egzisztenciális elmélyítését. A szubjektív testi tünetek észlelése tehát a gyermekükkel kapcsolatos élményvilág elsődleges forrásaként is szolgáltak. A magzatért való felelősségvállalás is az életmódbeli korlátozások testtapasztalatai által bontakozhatott ki (Neiterman 2013, 112–125).

A fenti fenomenológiai megközelítés tehát némiképp árnyalja a medikalizációnak hagyományosan tulajdonított tárgyiasító hatást, hiszen mint azt a szerző bemutatja, a saját test folyamatos megfigyelése nemcsak a Foucault által hangsúlyozott önpatologizáció terhet viseli magán, hanem paradox módon a Másikért (magzat) való felelősségvállalásnak *de facto* kibontakozásához is elvezet. A testtapasztalatok (vérzéskimaradás, émelygés, magzatmozgás, fájástevékenységek stb.) a várandósság fenomenológiai megközelítésében olyan alapélmények, melyeknek napjainkban a várandósgondozást végző orvosok kevesebb jelentőséget tulajdonítanak, ezért a diagnosztikai eszközök (pl. ultrahang, CTG/NST) rutinszerű használatát sokan bírálják azok elidegenítő, tárgyiasító hatása miatt. A következőkben ezért arra szeretnék rámutatni, milyen veszélye van annak, ha a diagnosztikai eszközök magas prediktív értékeire és validitására hivatkozva a várandós privilegizált élményvilágát, a fenomenológiai testtapasztalatokat kiiktatják a szülést megelőző orvos-várandós interakciókból.

3.10.2. A prenatális diagnosztika elidegenítő hatása

Napjainkban tehát a testtapasztalatok megélése mellett a várandósság fontos élményét jelentik azok a fizikai-műszeres vizsgálatok is, melyek a magzati fejlődés monitorozása céljából a terhesség egyes időszakai-ban ajánlottak, vagy egyes országokban kötelezők is lehetnek. Ezek a szűrővizsgálatok szubjektív értelemben nem csak diagnosztikai jelentéssel bírnak, hiszen számos nő számára a terhességmegállapítás során elvégzett hüvelyi ultrahang egyben a várandósság tapasztalatának első közvetlen, ámbar nem belső (terhességi fizikai tünetek híján), hanem külső, objektív forrása is. Iris Marion Youngnak a várandósság fenomenológiai értelmezéséről szóló tézise is ehhez a ket-tősséghez kapcsolódik, miszerint a modern szonográfiai eszközökkel történő monitorozás megfoszthatja a várandóst a gyermekvárás ta-pasztalatának tradicionálisan szubjektív testtapasztalatokra épülő előjogától. Young 1984-es cikkében végső soron amellet érvel, hogy a várandósság diagnosztikai eszközparkja elidegenítő és tárgyiasító hatású (Young 1984), azaz nem megfelelő orvos-beteg kapcsolati dinamikában az autonóm, a várandóssága és szülése során aktív sze-replőként fellépő nő kibontakozásának akadályozója is lehet.

Casey Rentmeester és Amanda Hogan amellet érvelnek, hogy az ultrahang diagnosztikai funkciója ellenére képes megőrizni a váran-dós nők méltóságát elidegenítő hatások nélkül is, habár a terhesség-hez való orvostechnikai hozzáférés privilegizálása magában hor-dozza az elidegenedés veszélyét, amennyiben az anya élményvilága ténylegesen perifériára szorul (Rentmeester – Hogan 2020). 1816-os megjelenésével már a sztetoszkóp is illeszkedett abba a folyamatba, mely az egyszerű tapintásos vizsgálatoknál közvetlenebb, ám tovább-ra is non-invazív eszközökkel engedett hozzáférést az orvosnak a test belső működésekhez. Fenomenológiai nézőpontból a röntgen, a CT, az MRI, a CTG és az NST is hozzájárult ahhoz, hogy az orvos a beteg szubjektivitását jórészt kiiktatva megközelíthesse az emberi testet, beszélő alanyok helyett beszéltetett testeket létrehozva. Rentmeester hangsúlyozza, hogy bár teljes mértékben legitim a minél pontosabb adatok begyűjtésére irányuló törekvés, ugyanakkor a beteg testta-pasztalatairól szóló narratívák háttérbe szorulása elidegenítő hatással

is rendelkezhet. A várandósság szubjektív élményének, vagyis a tapasztalatoknak prenatalis diagnosztikai eszközökkel való háttérbe szorítása felerősítette a szubjektív-objektív (belső-külső) dichotómiából származó feszültségét. Az orvos ebben a szerepben a technológia által az igazság birtokába jutva bármikor felülírhatja a szubjektív testpercepciók értékét. Legélesebben a korai terhességmegállapítás során szembeötlő az ultrahangos vizsgálatot végző orvos és a várandós nő közötti asszimetria. Varga Katalin *Szemelvények a perinatális etika világából* (2023) című könyvében több olyan esetet is ismertet, amely felhívja a figyelmet a diagnosztika során tapasztalható etikai kihívásokra. Az egyik példa kifejezetten szemléletes, így ezt érdemesnek tartom hosszabban idézni:

„Megállapítom a terhességet, megnézem ultrahanggal, és meglátjuk azt, hogy [...] hathetes terhes. Jön legközelebb, a terhesség nagyságának tízhetesnek kellene lenni, de perpillanat akkor az ultrahangon úgy tűnik, mintha az a terhesség nem élne. És ilyenkor egy másfajta ultrahangot kell csinálni, amivel a szív működés pontosan megítélhető. Van olyan alkalom, amikor én egyértelműen már látom, hogy nem él a magzat, de túl hirtelen és túl nagy sokk lenne a beteg részére azt rögtön közölni” (Varga 2023, 308).

Nem megfelelő, egyirányú kommunikáció esetén a technológiából fakadó információs asszimetria elidegenítő hatással bír. Ennek korai, XIX. századi következménye az volt, hogy az orvos eleinte nemcsak az egyén megélt tapasztalatainak, hanem a diagnosztikai eszközökből kinyert eredményeknek is hitelt adott, napjainkban azonban a technikai modernizáció az ellátó-várandós szkríptekből, ahol csak lehetett, fokozatosan kiiktatta a beteg narratíváját, amellyel adott esetben ellátói oldalról is vissza lehet élni:

„[H]a valakinek mondjuk fogadott orvosa van, akkor ugye sok esetben megesik az, hogy valami csoda folytán az ügyeleti idejében szül a kismama és ez sokszor egy szülésindítással esik egybe. [...] Amikor megérkezik a csomagokkal és azt mondja, hogy a doktor úr vagy a doktornő mondta, hogy ma szülünk. És akkor megkérdezem, hogy miért? Csak így naivan,

és akkor jönnek a különféle válaszok: 'mert nyitva van kétujjnyira a méhszáj' meg mondjuk [...] 'sok a magzatvíz', 'kevés a magzatvíz', 'nem volt szép a CTG', ilyesmik. [...] Mondjuk azért megindítani egy szülést, mert valakinek két ujjnyi a méhszája, anélkül, hogy ő kontrakciókat érezne, úgy gondolom, hogy nem hülye egy nő sem, meg fogja érezni azt, amikor fáj, és be kell indulnia a kórházba" (Varga 2023, 336).

A fenti példák tükrében mindenképp fontolóra kell vennünk Conrad és Young megállapítását, hiszen mind elméleti, mind tapasztalati úton szembeötlő, hogy a rutinszerűen elvégzett szonográfiai szűréseknek, mint medikalizációs folyamatnak potenciálisan elidegenítő, tárgyiasító hatásuk is lehet.²⁹

3.11. HOGYAN VEZET A MEDIKALIZÁLT SZÜLÉS A REPRODUKTÍV AUTONÓMIA KORLÁTOZÁSÁHOZ?

Az elidegenedés élménye a várandósság zenitjén, a szülés kezdetén és annak egésze alatt is sokak meghatározó tapasztalata. A vajúdo nő életének megszokott hétköznapiságát egyik pillanatról a másikra (az esetek döntő többségében) az a kórházi környezet váltja fel, ahol korábban a várandósság során legtöbbször időpontra érkezett, tünetek nélkül, ellenőrzési célból és csak rövid ideig, szabad elhatározásból tartózkodott. Esetenként a várandós a szülése megindulásáról mindenféle testtapasztalat nélkül, csak az orvosától szerez tudomást, miután a rutin magzati szívhang-monitorozás során igazolt rendszeres méhtevékenységből és az ezt követő hüvelyi méhszájvizsgálat eredményeiből a diagnosztika erre következtet. Ezekben az esetekben a segítők részéről a megfelelő kommunikáció elengedhetetlenül fontos annak érdekében, hogy a szubjektív testtapasztalatok hiánya és a kívülről érkező információ aszimmetriája ne vezessen a vajúdo szülésélményének elidegenedéséhez.

²⁹ A szerzők az alábbi cikkükben megoldási javaslattal is előállnak a szonográfia helyes gyakorlatára nézve: V. ö. Rentmeester – Hogan, 2020.

A szülés megindulásának diagnosztikai megítélése a szülészet-nőgyógyászati szakirodalomban a mai napig is aktívan kutatott területének számít. Jellemző, hogy a szakcikkek a szülés kezdetének szignifikáns prediktoraiként a folyamatosan egymást követő méhösszehúzódásokat, a növekvő intenzitású hasi fájdalmat, a méhnyak elvékonyodását és megrövidülését, valamint a méhszáj tágulását tartják. Ezek mellett számos további olyan testi jelenség felsorolható, melyeket hagyományosan a szülés kezdetéhez társítunk: a nyákdugó távozása, a bélműködés megváltozása, a hányás, a sétával enyhülő fájdalom vagy a légzés megváltozása. A WHO ajánlása, hogy a szülés első szakaszát „látencia” (esetleg korai vagy passzív), második részét pedig „aktív” (esetleg megalapozott) fázisnak nevezzük. A látens első szakaszt a fájdalmas méhösszehúzódások, a méhszáj (*cervix*) megváltozása, bizonyos fokú elvékonyodása és az 5 cm-ig való lassú méhszájtágulás jellemez (WHO 2019, 35). Az aktív szakasz során rendszeressé válnak a fájdalmas méhösszehúzódások, és a méhszáj lényeges mértékben elvékonyodik. Ez egy gyorsabb tágulási folyamat, melynek során a méhszáj fokozatosan „eltűnik” (WHO 2019, 35).

A szülés alkalmával a fájdalomhoz fűződő legtriviálisabb narratívánk is érvényét veszti: míg szocializációnk során például a sajgó fog, a lüktető fej és az ízületi panaszok fájdalomtünetei valamilyen hibára utaltak, a vajúdó nő a szülési kontrakciókból jövő fájdalomról nagyon vegyes információkat kap. A fájdalomelkerülés szociokulturális tapasztalata a szülés egészére nézve meghatározó, hiszen azok a várandósok, akik a császármetszést választják a hüvelyi szülés helyett, nagyrészt a fájdalomtól való félelmükben (a fájdalom feletti kontroll gyakorlásának elvesztése miatt) teszik mindezt (Sanavi et al., 2012; Jenabi et al., 2020). Ellenben a szülés körüli segítők kifejezetten ügyelnek arra, hogy már a várandósság során is felkészítsék a leendő vajúdó nőket a szülési fájdalom pozitív átkeretezésére (*positive reframing*). Ebben az olvasatban a méhösszehúzódásokhoz társuló fájdalom prokreatív erejét hangsúlyozzák, hiszen a fájdalomra adott válasz gyakran együtt jár a testhelyzet megváltoztatásával, mely jótékonyan befolyásolhatja a magzat elhelyezkedését és mozgását is. Ennek a szemléletnek az interiorizációja a

medikalizáció szempontjából is előnyös lehet, hiszen a vajúdó nők fájdalomérzékelésének normalizációja által a gyógyszeres fájdalomcsillapító eljárások iatrogén ártalmai is mérsékelhetőek (pl. elhúzó-dó vajúdás), valamint a fájdalom élménye beilleszthető lehet a gyermekkel való együtt-lét mások számára hozzáférhetetlen, itt-és-most jellegű fenomenológiai tapasztalatába. A rendszeressé váló és erősödő fájdalom mindemellett a szülés olykor hektikus (az aktív szakaszban megfigyelhető átmeneti fájásritkulás/gyengülés) kauzális láncolatába is illeszkedik, hiszen előrejelzi a folyamat progresszióját.

3.12. A SZÜLÉSZETI ELLÁTÁS ÉRTÉKELÉSE A REPRODUKTÍV AUTONÓMIA ÉS A MEDIKALIZÁCIÓ VONATKOZÁSÁBAN

Sallay Viola és Martos Tamás a szülés medikalizációja kapcsán hangsúlyozzák, hogy korunkban a várandósság és a szülés meghatározó élménye, hogy az esemény az esetek majdnem száz százalékában az egészségügyi térben zajlik. Sallay felidézi C. Molnár Emma kutatását (1996), amiben a szerző rámutatott, hogy a szüléshez intézményesen társult félelmek sajnálatos módon aláássák a nők kompetenciaérzetét. C. Molnár vizsgálatában száz magyar várandóst kérdezett meg arról, hogy „véleménye, érzése szerint kire kell figyelnie a szülés folyamatában? Kire számíthat, ki segít majd neki?” A válaszadók az első helyre a szülész-nőgyógyász orvost tették, őt követte a szülésznő, harmadikként (ha erre készültek) a férj, majd a szülő nő önmagát csak az utolsó, vagyis negyedik helyen szerepeltette. Sallayék hangsúlyozzák, hogy a szülés eseményét mindezek tükrében sokan olyan folyamatként élik meg, melyben sematikusan előre kijelölhetőek az aktív és passzív résztvevők (ebből ugyancsak kiolvasható a férfi-női antinómia), vagyis azok, akik irányítanak és a kiszolgáltatottak, az eseménysorozatot elszenvedők (C. Molnár 1996, idézi Sallay et al., 2015). A társadalmi szocializáció ebben a konstellációban a reproductív autonómiát, azaz a várandóssága, vajúdása és szülése során aktív döntéshozatali minőségben jelen lenni akaró és tudó nők számát szükségtelenül visszavetheti.

A várandósság és a szülés egy egzisztenciális értelemben véve igen kritikus időszak. Hajlamosak vagyunk azt gondolni, hogy a várandósság 280 napja alatt csak az embrionális és magzati fejlődés, vagy éppen az anya testének szülésre való felkészülése zajlik. Ez azonban csak részgazság, ugyanis az ezekkel járó *korporeális* tapasztalatok végső soron az anya testesült élményei lesznek. Mint korábban hangsúlyoztam, a testtudat minden esetben az azt körülvevő társadalmi és történeti tényeken keresztül formálódik. A várandósság metamorfózisának kezdetén ez még teljesen képlékeny, hiszen a nő minden gyermekvállalással kapcsolatos élménye addig külsődlegesen, azaz eltárgyasítva volt észlelhető. A várandós-én testtudatát optimális esetben egy fantasztikus lehetőségként kell megragadnunk, amely jó alkalomsorozat a nő kompetenciaérzetének szülésre való kiépítésére. A várandósgondozás során szükséges tehát az a bizalmi, támogatói környezet, mely nem diszkreditálja a várandósok testtapasztalatainak értékét csak azért, mert az anya és a magzat technikai úton, ultrahanggal is „szóra bírható”. Ideális esetben a *várandós személy beszélő, aktív, szabad akarattal rendelkező morális ágensként, nem pedig a technológiai repertoár által beszéltetett passzív résztvevőként van jelen gyermeke születésénél*.

A partneri orvos-beteg kapcsolatot meghatározó normatív elvárás a tájékozott beleegyezés elve, amely a gyakorlatban a beteg megfelelő tájékoztatását és a terápiás döntéshozatalba való bevonását (*shared decision making*) jelenti. A megfelelő információn alapuló szabad terápiás önrendelkezést az ellátottak és betegek kompetenciaérzetének alapfeltételeként kell megragadnunk. Ezek hiányában ugyanis a személy kiszolgáltatottá, alárendeltté válik az egészségügyi dolgozókkal szemben. Magyarországon az Orvosi Kamara és az Egészségügyi Tudományos Tanács *Orvosetikai Kódexe* egyaránt alapértékként tekint a beteg autonómiájának tiszteletére. A MOK testülete hangsúlyozza, hogy az egészségügyi ellátás etikai alapja „a megértett tájékoztatáson alapuló beleegyezés elve”, amelynek értelmében az „érintetteket a kezelésbe való beleegyezésük előtt, a kezelés alatt és után is megfelelően tájékoztatni kell”. A szülészeti ellátáshoz kapcsolódik továbbá, hogy az „orvosnak általában ki kell kérnie a beteg hozzájárulását

fizikális vizsgálat végzése előtt, az intim testtájak vizsgálatának szükségességéhez külön is magyarázatot kell fűzni” (MOK 2012).

Az 1997. évi CLIV egészségügyi törvény betegjogai is nagy hangsúlyt fektetnek a betegek kiszolgáltatottságának mérséklésére, és számos betegjog morális kiindulópontjául szolgál a beteg autonómiájának tisztelete. Tekintsük át ezek közül azokat, melyek a szülészeti ellátás során kiemelten fontosak a partneri orvos-beteg kapcsolat megőrzése céljából! A vajúdo és szülő nőknek joga van „a jogszabályban meghatározott keretek között – az egészségügyi állapota által indokolt, megfelelő, folyamatosan hozzáférhető és az egyenlő bánásmód követelményének megfelelő egészségügyi ellátáshoz” (1997. évi CLIV törvény az egészségügyről 6–9. § továbbiakban Eütv.). A megfelelő egészségügyi ellátáshoz való jog emellett lehetőséget biztosít a jogszabályban foglalt keretek között az orvos és az egészségügyi intézmény szabad megválasztásához. Az egészségügyi ellátáshoz való jogot kiegészítő rendeletek szerint a várandós nőnek joga van továbbá arra, hogy a várandósgondozását orvos helyett az arra jogosultságot szerző szülésznő kíséresse, valamint arra is, hogy gyermekét az előírásoknak megfelelően az egészségügyi intézményen kívül, otthonában hozza világra.

Joga van továbbá minden körülmények között az emberi méltósághoz. Ennek értelmében a vajúdo és szülő nőn csak és kizárólag „az ellátásához szükséges vizsgálatok végezhetők el”. A törvény magában foglalja, hogy melyek a fizikai és kémiai korlátozó intézkedések alapfeltételei, aminek értelmében az egyén mozgásszabadsága „kizárólag sürgős szükség esetén, illetőleg a beteg vagy mások élete, testi épsége és egészsége védelmében korlátozható” (Eütv. 10§ (4)). A szülészeti ellátás szempontjából további relevanciája van annak a kikötésnek, miszerint a vizsgálatok elvégzése alatt tekintettel kell lenni a nő szeméremérzetére is. A Magyar Orvosi Kamara *Etikai Kódexe* az emberi méltósággal kapcsolatban leszögezi, hogy az orvos tartózkodjon betege tárgyiasításától, melynek következtében „esetté”, vagy „sorszámmá” válhat.

A kapcsolattartás jogának kereteit meghatározza, hogy a beteg jogérvényesítésével nem akadályozhatja a betegellátás zavartalanságát és nem sértheti meg betegtársai jogait sem. Amennyiben ez az alapfeltétel teljesül, úgy „jogosult más személyekkel akár írásban, akár

szóban kapcsolatot tartani, továbbá látogatókat fogadni, valamint általa meghatározott személyeket a látogatásból kizárni. A beteg megtilthatja, hogy a gyógykezelésének tényét vagy a gyógykezelésével kapcsolatos egyéb információt más előtt feltárják. Ettől csak a gondozása érdekében, közeli hozzátartozója vagy a gondozására köteles személy kérésére lehet eltekinteni” (Eütv. 11§ (2)). A törvény értelmében a szülő nők számára biztosítani kell, hogy egészen a vajúdás kezdetétől egy általa megjelölt cselekvőképes személy mellette legyen, és köszönhetően a 2019-ben kiadott ombudsmani jelentésben foglaltaknak azt is, hogy amennyiben újszülöttje egészségi állapota megengedi, vele egy helyiségben tartózkodhasson.

A gyógyintézet elhagyásának joga feljogosítja a vajúdo és szülő nőt, hogy amennyiben cselekvőképes, bármikor elhagyhatja az egészségügyi intézményt, ha azzal saját vagy mások testi egészségét és épségét nem veszélyezteti (Eütv. 12§).

A tájékoztatáshoz való jog részletesen szabályozza, hogy a beteg autonómiájának biztosítása érdekében, az aktív terápiás döntéshozatalban való részvételt biztosítandó a vajúdo és szülő nőknek joguk van a számukra „*egyéniesített formában*”³⁰ megadott teljes körű tájékoztatásra” (Eütv. 13–14§), valamint le is mondhatnak az orvosi tájékoztatásról, ha ezzel mások testi épségét nem veszélyeztetik. Ez egy nagyon fontos törvényi rendelkezés, amelynek értelmében az orvosnak a tájékoztatás során figyelembe kell vennie a tájékoztatásra jogosult személy itt-és-most jellegű sajátosságait is, és nem támaszkodhat sematikus tájékoztatási gyakorlatokra. Az információ tartalmáról a törvény az alábbiak szerint rendelkezik:

„(2) A betegnek joga van arra, hogy részletes tájékoztatást kapjon

- a) egészségi állapotáról, beleértve ennek orvosi megítélését is,
- b) a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról,
- c) a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól,
- d) a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjairól,
- e) döntési jogáról a javasolt vizsgálatok, beavatkozások tekintetében,
- f) a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről,

³⁰ A szerző kiemelése.

g) az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről,

h) a további ellátásokról, valamint

i) a javasolt életmódról” (Eütv. 13§ (2)).

Az önrendelkezéshez való jog alapján a „beteg szabadon döntheti el, hogy kíván-e egészségügyi ellátást igénybe venni, illetve annak során mely beavatkozások elvégzésébe egyezik bele, illetve melyeket utasít vissza, figyelembe véve a 20. §-ban [nem veszélyeztetheti mások életét, testi épségét – T. G.] előírt korlátozásokat” (Eütv. 15§ (2)). Ez a jog a szülészeti ellátás vonatkozásában azért is lényeges, mert rendelkezik azokról az esetekről is, amikor az orvos a beteg hozzájárulása nélkül is kiterjesztheti azt a beavatkozást, amibe a beteg korábban tájékozottan beleegyezett. Ennek főszabálya, hogy a kiterjesztés oka *sürgős szükség*,³¹ vagy az, hogy a beavatkozás elmulasztása a betegre nézve aránytalanul nagy terhet róna. Fontos megkötés, hogy kizárólag akut életveszély elhárítása céljából terjeszthető ki a műtét azokban az esetekben, amikor ez együtt jár valamilyen funkcióvesztéssel is (pl. végtag vagy szerv elvesztéséhez).

Az ellátás visszautasításának joga a cselekvőképes vajúdo és szülő nők alapjoga, melynek értelmében minden olyan diagnosztikus és terápiás beavatkozás megtagadható, amelynek célja nem az életmentés vagy életfenntartás. Fontos limitáció, hogy beavatkozás nem utasítható el, „ha annak elmaradása mások életét vagy testi épségét veszélyeztetné,” valamint várandós nő nem tagadhatja meg a szükséges beavatkozásokat, ha előre láthatólag képes magzatának kihordására (Eütv. 20§ (3–8)).

Végül fontos szem előtt tartanunk azokat az eseteket, amelyek során a magyar törvények értelmében nincs szükség a betegről tájékozott beleegyezés kérésére, és a beavatkozások ennek hiányában is elvégezhetők. Ilyenek a közegészségügyi szükséghelyzetek, ha sürgős szükség esete áll fenn, ha a beteg korábban lemondott a tájékoztatás-

³¹ „...minden olyan egészségügyi tevékenység, amelyet a mellékletben meghatározott, az életet veszélyeztető állapotok és betegségek szakszerű ellátása, valamint azok maradandó egészségkárosító hatásának megelőzése érdekében – a beteg állapotának stabilizálásáig – végeznek.” 56/2006 (XII. 28) EüM rendelet a sürgős szükség körébe tartozó egyes egészségügyi szolgáltatásokról.

ról és ha a beteg cselekvőképtelen állapotban van. Összességében elmondhatjuk, hogy a Magyarországon érvényes jogi és etikai szabályozások összhangban vannak a FIGO, az ENSZ és a WHO *respectful maternity care* (RMC) törekvéseivel, amelynek alapját ugyancsak az emberi méltóság, a titoktartás, a megfelelő színvonalú alapellátás, a tájékoztatáson alapuló beleegyezés és a vajúdás és szülés során végig ívelő folyamatos pszichés és testi támogatás jellemzi (WHO 2019, 3), mely így együttesen képes a pozitív szülésélményt facilitálni és a medikalizációt arányos, jótékony mederben tartani.

3.13. A POZITÍV SZÜLÉSÉLMÉNYT FACILITÁLÓ TÉNYEZŐK ÉS A MEDIKALIZÁCIÓ ÁRTALMAI

A WHO 2018-ban kiadott szülészeti ellátással kapcsolatos irányelvei ötven olyan gyakori diagnosztikai és terápiás módszert értékelnek, melyek hagyományosan előfordulnak az egészségügyi intézményekben zajló szülésekkor. A szülés egészére nézve a három legfőbb irányelv *a tiszteletteljes környezet megteremtése, a hatékony kommunikáció és a támogató személy jelenlétének biztosítása a vajúdás és szülés során*. A dokumentumban megfogalmazott ajánlások nagy hangsúlyt fektetnek a személyre szabott szülészeti ellátás kiépítésére, amely implicit módon azt is feltételezi, hogy a kórházi szülészeti ellátást igénybe vevő nőknek többé-kevésbé határozott elvárásaik vannak a folyamat egészével kapcsolatban.

A szülési tapasztalatokat bemutató vizsgálatok tükrében kifejezett igény mutatkozik a tartalmilag megfelelő és az emberi méltóság eszméje által áthatott, tiszteletteljes és nyílt kommunikációra, a mozgásszabadság biztosítására a vajúdás és a szülés során, valamint az újszülöttnel való „aranyóra” és a vele való közös elhelyezés iránt. Azokban az esetekben, ha a vajúdás és a szülés ideje alatt ezek közül bármelyik akadályba ütközik, az facilitálja a negatív szülésélmény kialakulását. A kontrollérzet elvesztése testen kívülre teszi az élményt és elidegenítheti a nőt gyermeke születésétől. Egy svéd kutatás a nők szüléssel kapcsolatos, részben ugyancsak fenomenológiai tapasztalatokra építő tanulmányában hasonló eredményekre jutott: *a nők*

elsődleges igénye, hogy a szülésük valódi alanyává válhassanak, amelynek során a kialakuló kompetenciaérzet azokban az esetekben is segít elkerülni a negatív szülésélményt, amennyiben szülészeti beavatkozásokra van szükség (Berg – Dahberg 1998). A világ egy másik részén, Ruandában készült vizsgálatban azt találták, a negatív szülésélmény során a nők tiszteletlen ellátásban részesülnek, elhanyagoltság és megalázottság érzésük van, verbális abúzus áldozatává válnak, valamint negatív érzésekkel tölti el őket az a fenomenológiai tapasztalat, hogy az orvosi személyzet nem bízik bennük (Mukamurigo et al., 2017). Egy Braziliában 2019-ben végzett kutatás a szülészeti demedikalizációját hirdető *The Senses of Birth* program eredményeit ismerteti. Ennek során több mint ötszáz nő szüléstörténetéből körvonalazódott a „szülészeti erőszak” (*obstetric violence*) kifejezés jelentéstartalma: el nem fogadott beavatkozások elvégzése/kívánt beavatkozások el nem végzése, részleges információ, méltatlan ellátás és verbális abúzus, a gyermek indokolatlan szeparációja és a bőr-bőr kontaktus lehetőségének elvesztése (Sônia et al., 2019).

Mint azt Joshua Vogel kiemeli, amellett, hogy lényeges megteremtetni a támogatói környezetet a pozitív szülésélmények céljából, az is fontos, hogy definitív keretet adjunk azoknak az intézményesült problémáknak is, melyeket napjainkban a nemzetközi szakirodalom még csak egységes névvel sem illet. A rossz bánásmód (*mistreatment*) jelenségét egyaránt körülírják a „tiszteletlenség és visszaélés” (*disrespect and abuse*), a „szülészeti erőszak” és a „dehumanizált ellátás” (*dehumanised care*) kifejezésekkel (Vogel et al., 2016). Vogel 2015-ben egy nagy visszhangot kiváltó cikkében a szülészeti rossz bánásmódról közölt metaanalízisében 65, a témakörhöz kapcsolódó tanulmányt tekintett át, amelyek 34 ország problémáit tárják fel. A kvalitatív kutatások egybehangzó következtetéseként a szülészeti rossz bánásmódnak hét fő ismertetőjegyét definiálták: (1) testi erőszak; (2) szexuális erőszak; (3) verbális abúzus; (4) stigmatizáció és diszkrimináció; (5) a szakmai előírások betartásának figyelmen kívül hagyása; (6) az ellátók és a nők közötti rossz kapcsolat; (7) az egészségügyi rendszerek állapota, korlátai.

A WHO elutasítja, ha a vajúdó nőket a látencia és aktív fázis során a méhszáj tágulásának nem megfelelőnek tartott ritmusával sürgetik. Mint arra a dokumentum felhívja a figyelmet, a tágulás egyedi jelle-

géből kifolyólag az 1 cm/óra méhszájtágulás szakmaiatlan elvárás. Figyelmeztet továbbá, hogy a fanszörzet rutinszerű eltávolítása hüvelyi szülés esetén nem ajánlott, akárcsak a rutinszerű beöntés sem. Az ajánlás a szülés egészére nézve nagy hangsúlyt fektet a mozgásszabadság biztosítására, figyelmeztet az erőltetett és instruált kitolás elkerülésére, valamint a rutinszerű gátmetszés felszámolására is (WHO 2019, 3–7).

A gátmetszés prevalenciája világszerte nagy eltéréseket mutat (összes hüvelyi szülés 21–91%-a). A WHO figyelmeztet, hogy a rutinszerűen elvégzett beavatkozásnak nincs kimutatható jótékony hatása a súlyosabb fokú gát- és hüvelysérülések elkerülésére, vagy a *perinatális hypoxiás-ischaemiás állapotokra* nézve. Ennek ellenére egy magyar vonatkozású kutatásban Baji Petra és munkatársai 600 fős mintán a gátmetszésnek 70%-os prevalenciáját mérték (Baji et al., 2017), ami összehasonlítva a Svédországban tapasztalható 9,7%-os aránnyal szembeötlő különbséget mutat (Graham et al., 2005, 219–223). *Tekintettel arra, hogy a rutinszerű gátmetszés sem a magzati, sem az anyai morbiditás és mortalitás csökkenését nem eredményezi, így azt a szülészobai medikalizáció igazolhatóan káros gyakorlatának tart-hatjuk.* Háttér okai között mindenképpen meg kell említenünk a defenzív orvoslás jelenségét, amellyel az egészségügyi szolgáltató (jelen esetben az orvos) egy potenciális káresemény miatt kezdeményezhető műhibaperre „felkészülve” inkább rutinszerűen elvégez olyan beavatkozásokat is, amelyekre nincs szükség. Egy 2014-ben megjelent tanulmány 46 milliárd dollárra becsüli az orvosszakmai indok nélkül, kizárólag defenzív okok miatt elvégzett diagnosztikai és terápiás beavatkozásoknak a költségét (Rothberg et al., 2014).

A szülészeti ellátás medikalizációja együtt jár a császármetszések arányának drasztikus emelkedésével is, mely jelenség a világ szinte minden országában megfigyelhető. A WHO hosszas vizsgálatának lezárásaként 1985-ben meghatározta, hogy a császármetszés orvosi-lag is indokolt prevalenciájának normál tartománya 10 és 15% között van. Hangsúlyoznunk kell, hogy a császármetszés egy, az anyai és magzati morbiditás és mortalitás csökkentésére alkalmas, esszenciálisan fontos beavatkozási *lehetőség*. Azonban a WHO felhívja rá a figyelmet, hogy minden olyan statisztika, ami a szülés műtéti befejezésének

fentebb megadott 15%-os értéktartományát meghaladja, nem eredményezi az anyai és magzati paraméternek további javulását (WHO 2015, 2). Ennek tükrében megállapítható, hogy a tartósan magas császármetszési statisztikák sokkal inkább szociokulturális okokra, semmint a szülészeti ellátás eredményeinek evidencia alapú tényezőire vezethetők vissza (WHO 2015, 4). Magyarországon 2023-ban 40,9%-volt a császármetszések aránya a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) adatai alapján (NEAK 2023). Ennek kontrasztjaként számos állam említhető, amelyek az alacsony anyai és magzati morbiditás és mortalitási statisztikák ellenére a császármetszések arányát is tartósan alacsonyan tudja tartani. Ilyen pl. Izrael (14,3%), Izland (14,3%) és Hollandia (15,2%) is (Statista 2024).

A WHO statisztikák szerint az alacsony rizikóbesorolású nők morbiditása és mortalitása a hüvelyi szüléssel szemben ötször magasabb császármetszéses esetén. A császármetszés anyára vetített előnyei között megemlíthendő, hogy a közép súlyos és súlyos vizelet-tartási inkontinencia előfordulási gyakorisága 5%-kal alacsonyabb a hüvelyi szüléssel összehasonlítva. Statisztikailag ez azt jelenti, hogy húsz császármetszés elvégzése által elkerülhető egy közép súlyos-súlyos inkontinencia mellékhatása. A két szülési alternatíva közötti kár-haszon-mérlegelést tovább árnyalja, hogy azokban az országokban, ahol magasabb a császármetszések aránya, ott a magzati morbiditás és mortalitás is magasabb, főként a *pulmonáris* mellékhatások miatt (Kotaska 2015, 8–9). A szakirodalom a császármetszéshez kapcsolódóan a gyermekkor egészére nézve is számos veszteséget említ: a szülőcsatornán való áthaladás és a bőr-bőr kontaktus során a szülő nő és az újszülött az anya mikrobiomja révén immunológiailag szimbiózisba kerülnek egymással, amely a gyermek későbbi életére nézve protektív erejű. A császármetszés ennek a lehetőségétől megfosztja az újszülöttet, aki más környezeti mikrobákkal kolonizálódik. Ennek megítélését a CSM esetén rutinszerűen alkalmazott profilaktikus antibiotikum alkalmazás tovább árnyalja. Összességében elmondható, hogy a hüvelyi szülést egy, a magzat számára biztosítható immunizációs folyamatnak is tekinthetjük, ami többek között preventív tényezőnek bizonyul az asztmatikus megbetegedésekkel és a az atópiás dermatitis-szel (ekcéma) szemben is (Kotaska 2015). A császármetszés

medikalizációját, azaz a műtét rutinszerű elvégzését alacsony rizikó-besorolású nők esetében olyan jelenséggént szokás értékelni, amely etikailag nem indokolható.

A vajúdas és a szülés testtapasztalatainak fenomenológiai jelentősége (spontán szülésindulás, fájdalom, rendszeres kontrakciók, az újszülöttnel való bőr-bőr kontaktus) a szüléstörténetek vissza-visszatérő toposzai. A gyermek születésében való aktív közreműködés érzése egyúttal az anyává válás határtapasztalata is, ezért jelentőségét nem lehet alábecsülni (Bryanton et al., 2008). Több kutatás is vizsgálta a hüvelyi szülés testtapasztalatainak jelentőségét, amelyek közös megállapítása, hogy a fájdalom testi megéléséhez társul az anyává válás tudatának pszichológiai gyarapodása (Velho et al., 2012).

Az egészséges újszülöttek anyától való szeparációja nemcsak egzisztenciális értelemben véve meghatározó élmény, hanem a gyermek számára is kedvezőtlen pszichoszomatikus válaszreakciókkal jár együtt. Bizonyított, hogy a nem egészségügyi okokból elválasztott újszülöttek szívverése és légzése is szaporább, vércukorszintjük pedig alacsonyabb azokkal összehasonlítva, akik a bőr-bőr kontaktus már fentebb említett előnyeit is élvezik (Moore 2016). A *Royal College of Obstetricians and Gynecologists* még a SARS-CoV-2 járvány idején is arra szólított fel, hogy a rutinból, megelőző célzatból történő szeparációt mérlegelni kell, tekintettel a közös elhelyezésnek az újszülött táplálására és a kötődésre gyakorolt kedvező hatásaira (Stuebe 2020).

Egy 2005-ben Észak-Angliában végzett randomizált kutatásban két csoportba rendezték az újszülött-édesanya párokat. Az egyik csoportban az anyák a hüvelyi szülés után azonnal megkapták gyermeküket és bőr-bőr kontaktust létesítettek, míg a másik csoportnál csak a szárazra törölt és bepólyált gyermeket kapták kézhez. Az azonnali bőrkontaktus kialakítása nemcsak az anyák szüléssel való elégedettségére hatott jótékonyan, hanem növelte az esélyét az anyatejes táplálás korábbi kialakításának is, ami a kötődést is jótékonyan befolyásolta (Carfoot et al., 2005). Ennek tükrében megállapíthatjuk, hogy az újszülöttek rutinszerű szeparációja káros gyakorlat, mely potenciálisan elkerülhető orvosi beavatkozásokat is szükségessé tehet.

3.14. A NŐI NEM MEDIKALIZÁCIÓJÁNAK JÖVŐJE

A nők medikalizációjának vonatkozásában Immanuel Kantot parafrázálva joggal merülhet fel bennünk a szerző három klasszikus kérdése: *Mit tudhatok? Mit kell tennem? Mit remélhetek?*

Mint azt láttuk, az interdiszciplinaritás megteremti a lehetőségét annak, hogy az androcentrikus értékeket és normákat leírjuk, és hatásait szemléletes példákon bemutatva értékeljük. *Tudjuk*, hogy a nyugati kultúránkat meghatározó hierarchikus nemi különbségek az emancipatorikus küzdelmek ellenére is jelentős gazdasági, kulturális, pszichológiai és egészségügyi következménnyel bírnak.

Egy gyermek születése végtelen sok szimbólumot rejt magában. A szüléshez társuló némiképp közhelyes asszociációink az „új életéről” és „új lehetőségekről” ideális esetben elősegíthetnék, hogy a felnövekvő generációkat hozzásegítsük ahhoz, hogy olyan mikro- és makrokörnyezetben szocializálódjanak, melyben fel sem merül, hogy a szülészeti ellátást igénybe vevő nő *a priori* sajátossága az irracionális, vagy a döntéskéességében biológiai és/vagy kulturális okokból fakadó visszamaradottság. A számos pozitívum ellenére ez egyelőre a világ számos országában azonban nagyrészt csak *remény*. A szülés medikalizációjával kapcsolatban Bánfalvi Attila két egymással némiképp ellentétes utópia képét vetíti az olvasó elé. Valóban úgy tűnik, két út van, melyek közül az egyik a medikalizáció lehengerlő elfajulása, a másik pedig a humanizált szülészeti kultúra meghonosodása:

„Ha a nők nem képesek megtalálni a módját annak, hogy nagyobb kontrollra tegyenek szert gyermekkihordási lehetőségeik felett a jelenben, akkor a jövő igazi veszélyeket rejt számukra, amikor a nők talán nem csak láthatatlanná válnak a diskurzusban, hanem valóságosan hiányozni fognak a reprodukciós folyamatból. Mert néhány férfi szakember számára az autoritásukat érő jelenlegi kihívás egyik megoldása az, hogy a nők diszkurzív kitörését beillesztik az orvoscönyvekbe azzal, hogy szó szerinti értelemben kitörlik őket a reprodukcióból és a gyermekszülésből: ez a kitörés az in vitro fertilizáció, az alternatív 'fejlesztő médiumok' (a 'pótanyák', a holnap mesterséges méhei), és az emberi klónozás eljárásai révén lehetségessé válik” (Treichler 1990, 130 idézi Bánfalvi 2013, 59).

Ez a váratlan és elképzelhetetlennek tűnő disztópikus jövőkép egészen más színezetet kap, ha a mesterséges anyaméh és az asszisztált humán reprodukciós futurisztikus terápiák helyére beillesztjük a már ma is rendelkezésre álló szülészeti eszköztárat. A napjainkban felhasználható technikai repertoár a külső kontroll gyakorlásának kevésbé sci-fibe illő módozataira épül, de relatív technikai egyszerűségüknél fogva ezek tömeges felhasználásának kedvez. A vajúdas gyógyszeres és eszközös beavatkozásokkal megindítható. Bár a WHO óva int a mesterséges beavatkozástól a társuló mellékhatások (vérzés, nagyobb esély CSM-re, méhrepedés) miatt, a szülésindítás pl. Srí Lankán az összes szülés 35,5%-ban fordul elő (WHO 2011). Fájásérősítési és fájáshatékonyság-növelési célból intravénás oxitocin infúzió adagolható, bár a WHO az RMC jegyében éppen ennek ellenkezőjére szólít fel. Azokban az esetekben, amikor a szülés során a vajúdo eljut a kitolási szakaszig, a Kristeller-manőver segítségével a méh felső részének (*fundusának*) erős nyomásával az újszülött gyorsabban át tud haladni a szülőcsatornán, azonban ez a magzat és az anya károsodásához is vezethet, ezért ennek használatát a WHO kategorikusan elutasítja. Az egyértelmű kommunikáció ellenére Egyiptomban egy kórház 24,38%-os prevalenciával alkalmazza a „*gentle push*” néven is megnevezett eljárást (Moiety – Azzam 2014).

Végül mindezek tükrében gondoljunk saját, medikalizált jelenünkre, és képzeljük el, hogy egy időutazás által milyen képtelenségnek tűnne a medikalizált kórházi szülészeti ellátás egy 1800-as évek elején élő várandós nő számára, amikor még a kórházi szülés ötlete is képtelenségnek hangzott.³² Reális perspektívát látna benne vagy elképzelhetetlen jövőképet? Az epidemiológiai előnyök mellett nem ugyanazt jelenti-e az ő számára a nő szubjektumát passzivitásba fojtó, kompetenciáját devalváló medikalizált környezet, mint a mi perspektívánkából a dehumanizált anyaméh gondolata?

Egyes szakértők szerint közeli jövőnk szülészeti ellátásának sajátosságát legpontosabban a nem orvosi okokra visszavezethető „progra-

³² Véletlenül sem szeretném azt sugallni, hogy az akkori állapotok jobbak lettek volna a napjainkban tapasztalhatónál, tekintettel a jóval magasabb anyai és magzati halálozási és morbiditási statisztikákra, tisztán csak és kizárólag a technika fejlődési ütemeinek és irányainak kiszámíthatatlanságára szeretnék rávilágítani.

mozott császármetszés” térnyerése írja le, amikor már anakronisztikusnak fognak hatni a hüvelyi szülések a gyors, időzíthető alternatíva még általánosabb alkalmazása fényében. Könnyen gondolhatnánk, hogy az ilyen műtétek csak az orvostudomány és a társadalom hatalmi aszimmetriájára vezethetők vissza, ugyanakkor ki kell emelnünk, hogy emelkedik az anyai kérésére végzett császármetszések (*Cesarean Deliveries on Maternal Request*, azaz CDMR) száma is. A legtöbb országban nem biztosítja törvényi lehetőség a császármetszés nem orvosi okokból való választásának lehetőségét, épp ezért prevalenciáját is nehéz megbecsülni. Ezt első látásra az autonómia tiszteletének vagy az anya önrendelkezéshez való jogának aránytalan korlátozásának is tekinthetnénk. A CDMR támogatásával kapcsolatos intuíciónkat azonban más megvilágításba helyezi Rebecca Kukla gondolatmenete a szülés és autonómia kapcsolatáról szóló 2009-es közleményében. A szerző rámutat, hogy a CDMR-t alapjaiban véve meghatározza a társadalmi hangulat, mely az orvostechnológia értékét különösen nagyra becsüli. A császármetszések egyébként is évről-évre emelkedő prevalenciája mellett először csak a hüvelyi és műtéti úton való szülés között hezitáló nő, majd később a várandós populáció egyre nagyobb része gondolhatja azt, hogy az (önmaga és gyermeke egészségéért való) felelősségvállalás primer eszköze, ha a szülés folyamatában is csak passzív résztvevő lesz, és legális keretek között a CDMR útját választja (Kukla et al., 2009). Röviden összefoglalva tehát a technológia normalizációja a szüléset medikalizációjának is a normalizációjához vezet.

Nem szabad azonban megfeledkeznünk a demedikalizáció utópiáiról sem, amelyeket nevezhetünk „természetes szülési mozgalomnak”, vagy a már sokszor említett *respectful maternity care* mozgalomnak is. A medikalizált szülészeti ellátást pártolókkal ellentétben ők azt hangoztatják, hogy a várandósság egy „normális” folyamat, mely az esetek nagy részében (85%, ha a WHO statisztikáira támaszkodunk) mindenféle külső beavatkozás nélkül is egészséges utód és anyai sérülés nélküli hüvelyi szüléséhez vezet. Céljuk a szülés természetessége, háborítatlansága feletti lehetőség visszaszerzése, és az anyai önrendelkezés tényleges gyakorlásának kivívása. Mint ahogyan nem állíthatjuk, hogy a szülészeti ellátásban dolgozó szakemberek minden létező beavatkozástípust végre akarnának hajtani a vajúdjó és szülő

nőkön, azt sem mondhatjuk, hogy a szülés természetességét pártoló közösségek zsigerileg elutasítanak az orvostechnológiai eszközöket.

A természetes szülési mozgalmak közé sorolhatjuk az otthonaszülés lehetőségét pártoló, vagy a szülésházak elérhetőségét támogató közösségeket, de egyre növekszik azoknak a kórházaknak a száma is, melyek meghallva a természetes szülést pártolók hangját, infrastrukturális fejlesztéseket (pl. több ágyas szülőszobák megszüntetése; alternatív fájdalomcsillapítási eszközök, mint kád/zuhany beszerzése stb.) hajtanak végre, és a dolgozók számára szemléletformáló képzéseket szerveznek, melyek által a szuggesztív kommunikáció előnyeiről hallhatnak, vagy éppen rutint szerezhetnek az alternatív szülési testhelyzetekben való szüléskísérésről.

Összességében elmondható, hogy a szülészet medikalizációja számos epidemiológiailag jelentős eredményt valósított meg az utóbbi két évszázadban, ugyanakkor a várandósság és a szülés technicizált körülményei, a várandós testének és a magzattal való szimbiózisának minél pontosabb orvosi leírása az elidegenedés veszélyét is magában hordozza. *Mint arra rámutattunk, a szülésélmények pozitív és negatív prediktorai között olyan nem orvosi okok is jelentős szerepet játszanak, melyek tükrében a sikeres szülést már nem ragadhatjuk meg atesti és szellemi sérülések hiányaként.* A közhelyes felkiáltások normalizációja, mint hogy „Legyél boldog, van egy egészséges gyereked!”, vagy „Örülj, hogy nem lett nagyobb baj!”, elleplezik a nők szubjektív élményvilágának diszkreditálásával járó károkat, holott a fenomenológiai diskurzus segítségével rámutattunk arra, hogy a nők tapasztalatainak figyelembevételével, és kompetenciaérzetük kiépítésével hozzásegíthetjük őket a pozitív szülésélményhez, és annak felismeréséhez, miszerint: *„Én vajudok és én szülök!”*

Végző megállapításként ki kell hangsúlyoznom, hogy a medikalizált szülésélmények egy részében óhatatlanul is párhuzamot fedezhetünk fel a haldoklás medikalizációjának alapélményeivel. Csejtei Dezső a haldokló elmagányosodásával kapcsolatban hangsúlyozza, hogy az egyedül-lét egyrészt lehet *fenomenális magány*, másrészt *szubsztanciális magányosság* is. Előbbi egy faktikus egyedülmaradottság, amikor az elleplezett haldokló másoktól elzártan mint organizmus végleg *tönkremegy*. Utóbbiról, azaz a szubsztanciális értelemben

vett magányról Csejtei kiemeli, hogy „akkor is él és hat – sőt akkor él és hat igazán –, mikor a haldoklót történetesen sokan veszik körül. Mert az igazi magányosság a közvetlenség, a bensőségesség hiánya” (Csejtei 2002, 487–488). Az elvadult, technicizált halál végkifejlete olyan elszigetelődéshez vezet, amelyről a szülő nők beszámolóiban is olvashatunk: a sok orvos, nővér, a szülésznő és az orvostanhallgatók fizikai jelenléte mellett is számolnunk kell ezzel a megsemmisítő magányérzettel, melynek folyamata kísérteties hasonlóságot mutat az „önmagába forduló haldokló” alakjával. Ennek elkerülésében alapvető fontosságú a kompetenciaérzet kialakítása, amely azonban a számos potenciálisan elidegenítő hatású eljárással tarkított *szülésvezetési* szemléletmóddal nehezen megvalósítható. Ez a kifejezés is olyan androcentrikus fogalom, melyben vizualizálhatjuk a kiutat kereső, eltévelyedett, passzív nő, illetve a gyertyalángot és a „bölcsék követ hordozó” aktív orvos alakját. Mint arra rámutattam, a WHO hangsúlyozza, hogy az esetek 85%-ban a szülések úgy is sikeresen (értsd: anyai és magzati káresemények nélküli) hüvelyi úti szüléssel érnek véget, amikor az orvosi beavatkozások garmadája csupán védőhálóként van jelen a háttérben. Napjainkban általánosnak mondható a támogató jelenletre való kifejezett igény, amely megköveteli a nők tiszteletteljes, az ő preferenciákat szem előtt tartó *szülés kísérését*.

Csejtei a *páciens* szó etimológiai értelmezésével érzékelteti azt a folyamatot, amelynek során a szubjektum státuszváltozása végbemegy és „türelmesen szenvedővé” válik. „Az, aki a külső világban teljes személyiségi jogokkal rendelkező polgár volt, a kórházba kerülve olyan lénné válik, aki jogai gyakorlásának egy részében komoly korlátozásokat szenved” (Csejtei 2002, 483). A betegek egészségük helyreállítása, megóvása érdekében a kórházi ruhák magukra öltésével, az ottani házirendnek való megfeleléssel, a szabályszerű étkezési és tisztálkodási műveletsorokkal lemondanak autonómiájuk egy részéről. Mindezek jelentőségének bagatellizálásával nincs módunk ráeszmélni arra, hogy az önrendelkezés elvesztése a „személy önazonosságának” és méltóságának részleges felfüggesztéséhez vezet, melynek végkifejlete a haldokló és szülő nő ágyában őket elszigetelő *deszubsztancializált magány* érzete.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- American Psychiatric Association. 1968. *DSM-II: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Nussbaum, Abraham M. 2014. *A DSM-5 diagnosztikai vizsgálat zsebkönyve*. Oriold és Társai Kiadó, Budapest.
- Angel, K. 2010. „The History of ‚Female Sexual Dysfunction’ as a Mental Disorder in the 20th Century.” *Current Opinion in Psychiatry*. 23(6), 536–541.
- Asberg, C. – Johnson, E. 2009. „Viagra Selfhood. Pharmaceutical Advertising and the Visual Formations of Swedish Masculinity.” *Health Care Analysis*. 17(2), 144–59.
- Asberg, C. – Johnson, E. 2016. *Viagra Selfhood. Pharmaceutical Advertising and the Visual Formations of Swedish Masculinity*. In Johnson, E. – Sjörgen E. – Asberg C. (szerk.): *Glocal Pharma: International Brands and the Imagination of Local Masculinity*. Routledge, New York, 88–98.
- Baji, P. – Rubashkin, N. – Szebik, I. – Stoll, K. – Vedam, S. 2017. „Informal Cash Payments for Birth in Hungary: Are Women Paying to Secure a Known Provider, Respect, or Quality of Care?” *Social Science & Medicine*. 189, 86–95.
- Bancroft, J. 2002. „The Medicalization of Female Sexual Dysfunction: The Need for Caution.” *Arch Sex Behav* 31. 451–455.
- Bancroft, J. 1999. „Central Inhibition of Sexual Response in the Male: A Theoretical Perspective.” *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 23, 763–784.
- Bánfalvi, A. 2013. *A medicina hatalma és kiszolgáltatottsága*. Literatura Medica, Debrecen.
- Barnes, E. 2020. „*The Hysteria Accusation*.”
<https://aeon.co/essays/womens-pain-it-seems-is-hysterical-until-proven-otherwise> Letöltés ideje: 2020. 08. 09.

- Bassil, N. – Alkaade S. – Morley, J. E. 2009. „The Benefits and Risks of Testosterone Replacement Therapy: A Review.” *Therapeutics and Clinical Risk Management*. 5(3), 427–448.
- Basson R. – Leiblum S. 2003. „The Making of a Disease: Female Sexual Dysfunction. Without Industry Funding Little New Research Will Be Possible.” *BMJ (Clinical Research Ed.)*. 326(7390), 658.
- Beauvoir S. de 1966. *A körülmények hatalma*. Magvető, Budapest.
- Bell, R. M. 1999. *How to Do It: Guides to Good Living for Renaissance Italians*. University of Chicago Press, Chicago.
- Berg, M. – Dahberg, K. 1998. „A Phenomenological Study of Women’s Experiences of Complicated Childbirth.” *Midwifery*. 1(14), 23–29.
- Bird, Alexander – Emma Tobin 2024. „Natural Kinds”, *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring 2024 Edition), Zalta, E. N. – Nodelman, U. (szerk.) <https://plato.stanford.edu/archives/spr2024/entries/natural-kinds/> Letöltés ideje: 2024. 07. 25.
- Bjorklund, D. F – Kipp K. 1996. „Parental Investment Theory and Gender Differences in the Evolution of Inhibition Mechanisms.” *Psychological Bulletin*. 120, 163–188.
- Boorse, C. 1977. „Health as a Theoretical Concept.” *Philosophy of Science*. 44(4), 542–573.
- Borgos, A. 2017. *Pszichoanalitikus elméletek nőiségképe Freudtól a feminista pszichoanalízisig*. In: Kovács, M. (szerk): *Társadalmi nemek. Elméleti megközelítések és kutatási eredmények*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 21–37.
- Brotto, L. A. 2010. „The DSM Diagnostic Criteria for Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women.” *Arch Sex Behav*. 39, 221–239.
- Bryanton, J. – Gagnon A. – Johnston, C. – Hatem, M. 2008. „Predictors of Women’s Perceptions of the Childbirth Experience.” *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 37(1), 24–34.
- Carfoot, S. – Williamson P. – Dickson R. 2005. „A Randomised Controlled Trial in the North of England Examining the Effects of Skin-To-Skin Care on Breast Feeding.” *Midwifery*. 21(1) 21, 71–79.
- Carpiano R. 2001. „Passive Medicalization: The case of Viagra and Erectile Dysfunction.” *Sociological Spectrum*, 21. 441–450.
- Cash, T. F. 2001. „The Psychology of Hair Loss and its Implications for Patient Care.” *Clin Dermatology*. 19(2), 161–166.

- Chiang, J. – Yafi, F. A. – Dorsey Jr, P. J. – Hellstrom, W. J. G. 2017. „The Dangers of Sexual Enhancement Supplements and Counterfeit Drugs to ‘Treat’ Erectile Dysfunction.” *Translational Andrology and Urology*. 6(1), 12–19.
- Conrad, P. 1992. „Medicalization and Social Control.” *Annual Review of Sociology*. 18, 209–232.
- Conrad, P. 2007. *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Johns Hopkins University Press, Baltimore, Maryland.
- Copelton, D. A. 2004. „Pregnancy by the Book: Women’s Accommodation and Resistance to Medicalized Pregnancy Practices.” *Dissertation Abstracts International, A: The Humanities and Social Sciences*. 64(11) 64, 4221-a.
- Csabai, M. 2004. „A hisztériával kapcsolatos diskurzusok tanulságai a szomatizációs jelenségek és a betegségmagatartás megértéséhez.” *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*. 1(5), 55–67.
- Csejtej, D. 2002. *Filozófiai metszetek a halálról*. Pallas Stúdió-Attraktor, Budapest.
- Dawson, S. J. – Chivers, M. L. 2014. „Gender Differences and Similarities in Sexual Desire.” *Curr Sex Health Rep*. 6, 211–219.
- Desai, N. M. – Tsukerman, A. 2023. „Vaginal Delivery”.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559197/> Letöltés ideje: 2024. 06.20.
- Egyesült Nemzetek Szervezete (ENSZ) 1994. „United Nations International Conference on Population and Development Cairo”, Egypt, Sept 5–13.
www.iisd.ca/cairo.html Letöltés ideje: 2018. 09. 17.
- Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2011. *Recommendations for Induction of Labour*. Geneva, WHO, Genf.
- Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2015. *WHO Statements on Caesarean Section Rates*. WHO, Genf.
- Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2018. *Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience*. WHO, Genf.
- FIGO 2015. *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology*. FIGO House, London.
- Foucault, M. 2020. *A rendellenesek*. L’Harmattan Kiadó, Budapest.
- Foucault, M. 2000a. *A Szavak és a dolgok*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Foucault, M. 1999. *A szexualitás története I. A tudás akarása*. Atlantisz, Budapest.
- Foucault, M. 2019. *A szexualitás története II. A gyönyörök gyakorlása*. Atlantisz, Budapest.

- Foucault, M. 2000b. *Elmebetegség és pszichológia. A klinikai orvoslás születése.* Corvina, Budapest.
- Földényi, F. L. 2003. *Melankólia.* Kalligram, Pozsony.
- Freud, S. 1993. *Egy hisztéria-analízis töredéke.* In Freud, S.: *A Patkányember. Klinikai Esettanulmányok.* Cserépfalvi Kiadó, Budapest, 17–110.
- Fricker, M. 2007. *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing.* Oxford University Press, New York.
- Gordon, D. M. – Hawes, S. W. – Reid, A. E. – Callands, T. A. – Magriples, U. – Divney, A. – Niccolai, L. M. – Kerhaw, T. 2013. „The Many Faces of Manhood: Examining Masculine Norms and Health Behaviors of Young Fathers Across Race.” *American Journal of Men's Health.* 7(5), 394–401.
- Graham, I. D. – Carroli, G. – Davies, C. – Medves, J. M. 2005. „Episiotomy Rates Around the World: an Update.” *Birth.* 32(3), 219–223.
- Griesinger, W. 1882. *Mental Pathology and Therapeutics* (ford. Robertson, C. Lockhart). New Sydenham Society, London.
- Groneman, C. 1994. „Nymphomania: The Historical Construction of Female Sexuality.” *Signs.* 19(2), 337–367.
- Gurtner, K. – Saltzman, A. – Hebert, K. – Laborde, E. 2017. „Erectile Dysfunction: A Review of Historical Treatments With a Focus on the Development of the Inflatable Penile Prosthesis.” *American Journal of Men's Health.* 11(3), 479–486.
- Gyimesi, J. 2006. „Boszorkány a díványon.” *Thalassa.* 60(17), 84–92.
- Haslam, N. 2000. „Psychiatric Categories as Natural Kinds: Essentialist thinking about Mental Disorder.” *Social Research.* 4(67), 1031–1058.
- Henss, R. 2001. „Social Perceptions of Male Pattern Baldness. A Review.” *Dermatology and Psychosomatics.* 2, 63–71.
- Iasenza, S. (2020). *Transforming sexual narratives: A relational approach to sex therapy.* Routledge.
- Illich, I 1976a. *Limits to Medicine.* Penguin, London.
- Illich, I. 1976b: *Medical Nemesis. The Exploration of Health.* Pantheon Books, New York.
- Jenabi, E. – Khazaei, S. – Bashirian, S. – Aghababaei, S. – Matinnia, N. 2020. „Reasons for elective cesarean section on maternal request: a systematic review.” *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine: the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation*

- of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians. 33(22), 3867–3872.
- Jia, H. – Sullivan, C. T. – McCoy, S. C. – Yarrow, J. F. – Morrow, M. – Brost, S. E. 2015. „Review of health risks of low testosterone and testosterone administration.” *World Journal of Clinical Cases*. 3(4), 338–344.
- Joó, M. 2010. „A feminista elmélet és a női test.” *Magyar Filozófiai Szemle*. 2(54) 64–80.
- Joó, M. 2016. „Az öregség filozófiája Beauvoir-nál.” *TNTeF*. 1(6), 36–56.
- Joó, M. 2003. „Simone de Beauvoir filozófiája és a Második nem.” *Pro Philosophia Füzetek*. 35, 35–55.
- Joó, M. 2013. *Szerelem – politika – civilizáció: Marcuse nyomában*. In Laczkó S. – Dékány A. (szerk.): *Lábjegyzetek Platónhoz 11. A szerelem*. Státus Kiadó, Csíkszereda, 346–360.
- Kaschak, E. – Tiefer, L. (szerk.) 2001: *A New View of Women's Sexual Problems*. Haworth Press, Binghamton.
- Kierkegaard, S. 2005. *Vagy-vagy*. Osiris, Budapest.
- Kiss, T. 2005. *Az egyik ember...* (dalszöveg).
- Kotaska, A. 2015. „Caesarean Section or Vaginal Delivery in the 21st Century.” *WHO*. Vol. 81., 8–9.
- Kovács, J. 2006. *A modern orvosi etika alapjai*. Medicina Kiadó, Budapest.
- Kovács, J. 2007. *Bioetikai kérdések a pszichiátriában és a pszichoterápiában*. Medicina Kiadó, Budapest.
- Központi Statisztikai Hivatal (KSH) 2018. *Magyar Születési Kohorszivizsgálat*. (KOHORSZ)
<https://www.kohorsz18.hu/eredmenyek/elozetes-eredmenyek/44-szule-si-tervek.html> Letöltés ideje: 2020. 08. 17.
- Kranz, D. – Nadarevic, L. – Erdfelder, E. 2019. „Bald and Bad?” *Experimental psychology*. 66(5), 331–345.
- Kranz, D. 2011. „Young Men's Coping with Androgenetic Alopecia: Acceptance Counts When Hair Gets Thinner.” *Body Image*. 8(4) 343–348.
- Kréchy, A. 2018. „A nő nyelvet ölt – Feminista narratológiai, esztétikai, testelméleti tanulmányok.” JatePress, Szeged, 146–149.
- Kukla, R. – Kuppermann M., – Kuppermann, M. – Little, M. – Lyerly, A. D. – Mitchell, L. M. – Armstrong, E. M. – Harris, L. 2009. „Finding Autonomy in Birth.” *Bioethics*. 23(1) 1–8.

- Kukla, R. 2005. *Mass Hysteria: Medicine, Culture, and Mothers' Bodies*. Rowman and Littlefield, New York.
- Kukla, R. – Baron, T. – Wayne, K. 2024. „Pregnancy, Birth, and Medicine”, *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Summer 2024 Edition), Edward N. Zalta – Uri Nodelman (szerk.)
<https://plato.stanford.edu/archives/sum2024/entries/ethics-pregnancy/>
 Letöltés ideje: 2024. 07. 01.
- Lakin, M. 2018. „Erectile dysfunction.” Cleveland Clinic CME.
<https://www.clevelandclinicmeded.com/medicalpubs/diseasemanagement/endocrinology/erectile-dysfunction/> Letöltés ideje: 2020. 07. 31.
- Långström, N. – Hanson, R. K. 2006. „High Rates of Sexual Behavior in The General Population: Correlates and Predictors.” *Arch Sex Behav.* 35, 37–52.
- Magyar Orvosi kamara (MOK) 2011. *Etikai Kódex*.
<https://mok.hu/a-kamararol/etikai-kodex> Letöltés ideje: 2024. 07. 18.
- Marshall, B. L. – Katz, S. 2002. „Forever Functional: Sexual Fitness and the Ageing Male Body.” *Body & Society*. 8(4), 43–70.
- McWorther, L. 1994. „Foucault's Genealogy of Homosexuality.” *Journal of French and Francophone Philosophy*. 1-2(6), 44–58.
- Meinhold, R. 2011. *Comparative Melioration and Pathological Pathogenization in Viagra Marketing*. In Botz-Bornstein T. (szerk.): *The Philosophy of Viagra: Bioethical Responses to the Viagrafication of the Modern World*. Rodopi, Amsterdam – New York, 179–189.
- Meskó, N. 2014. *Áruba bocsátott szexualitás. A prostitúció evolúciós eredete*. In Gyuris P. – Meskó, N. – Tisljár R. (szerk.): *Az evolúció árnyoldala. A lelki betegségek és az alternatív szexualitás darwini elemzése*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 196–216.
- Metz, M. E. – Miner M. H. 1995. „Male „Menopause”, Aging and Sexual Function.” *Sexuality and Disability*. 13(4), 77–86.
- Módos, Á. – Sutyák, T. 2012. „Michel Foucault szubjektum felfogása.” *Imágó*. 23(2), 33–54.
- Moiety, F. M. – Azzam, A. Z. 2014. „Fundal Pressure During the Second Stage of Labor in a Tertiary Obstetric Center: A Prospective Analysis.” *J Obstet Gynaecol Res*. 41(4), 946–953.
- Molnár, E. C. 2015. *Az anyaság pszichológiája*. Budapest, Akadémiai Kiadó.

- Moore, A. – Pithavadian, R. 2020. „Aphrodisiacs in the Global History of Medical Thought.” *Journal of Global History*. 1(16), 24–43.
- Moore, E. R. – Bergman N. – Anderson, G. C. – Medley, N. 2016. „Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants.” *Cochrane Database Syst Rev*. 11(11), CD003519.
- Moreira, S. G. Jr. – Brannigan R. E. – Orejuela, F. J. – Lipshultz, L. I. – Kim, E. D. 2000. „Side-Effect Profile of Sildenafil Citrate (Viagra) in Clinical Practice.” *Urology*. 56(3), 474–476.
- Moynihan, R. – Doran, E. – Henry, D. 2008. „Disease Mongering Is Now Part of the Global Health Debate.” *PLoS Med*. 5(5), e118.
- Moynihan, R. – Heath, I. – Henry, D. 2002. „Selling Sickness: The Pharmaceutical Industry and Disease Mongering.” *BMJ (Clinical Research Ed.)*. 324(7342), 886–891.
- Moynihan, R. – Cassels, A. 2005. *Selling Sickness. How Drug Companies are Turning Us All Into Patients*. Bold Type Books, New York.
- Mukamurigo, J. – Dencker, A. – Ntaganira, J. – Berg, M. 2017. „The Meaning of a Poor Childbirth Experience – A Qualitative Phenomenological Study With Women in Rwanda.” *PloS one*. 12(12), e0189371.
- Mullin, A. 2005. *Reconceiving Pregnancy and Childcare: Ethics, Experience, and Reproductive Labor*. Cambridge University Press, New York.
- Nemzeti Egészségügyi Alapkezelő (NEAK): „Szülésszám és ezzel összefüggésben a császármetszések aránya intézetenként, 2015-2023. finanszírozási évben.” https://www.neak.gov.hu/pfile/file?path=/letoltheto/altfin_dok/indikatorok/Szules_csaszarmetszes_2015_2022&inline=true Letöltés ideje: 2024. 07. 03
- Neiterman, E. 2013. „Sharing Bodies: The Impact of the Biomedical Model of Pregnancy on Women’s Embodied Experiences of The Transition to Motherhood. Healthcare policy.” *Politiques de sante*. 9, 112–125.
- Nemes, L. 2015. „A betegség mint fenomenológiai tapasztalat.” *Nagyerdei Almanach*, Vol.1., 21–33.
- Nietzsche, F. 1997. *A vidám tudomány*. Holnap Kiadó, Budapest.
- Norlock, K. 2019. „Feminist Ethics.” The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Summer 2019 Edition), Zalta, E. N. (szerk.) <https://plato.stanford.edu/entries/feminism-ethics/> Letöltés ideje: 2024. 05. 13.
- Nussbaum, A. M. 2013. *A DSM-5 diagnosztikai vizsgálat zsebkönyve*. Oriold és Társai Kiadó, Budapest.

- Parens, E. 1998. *Enhancing Human Traits: Ethical and Social Implications*. Washington, Georgetown University Press.
- Park, B. Y. – Wilson G. – Berger J. – Christman, M. – Reina, B. – Bishop, F. – Klam, W. P. – Doan, A. P. 2016. „Is Internet Pornography Causing Sexual Dysfunctions? A Review with Clinical Reports.” *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*. 6(3):17.
- Pataki, F. 2008. „Az „eltűnt Én” nyomában.” *Magyar Pszichológiai Szemle*, 63(3), 409–470.
- Potts, A. – Grace, V. M. – Vares, T. – Gavey, N. 2006. „Sex for Life? Men’s Counter-Stories on ‘Erectile Dysfunction’, Male Sexuality and Ageing.” *Sociology of Health & Illness*. 28, 306–329.
- Potts, A. 2001. „The Man with Two Brains: Hegemonic Masculine Subjectivity and the Discursive Construction of the Unreasonable Penis-Self.” *Journal of Gender Studies*. 2(10) 145–156.
- Purdy, L. 2006. „Women’s Reproductive Autonomy: Medicalisation and Beyond.” *Journal of Medical Ethics*. 5(32), 287–191.
- Rastrelli, G. – Maggi, M. 2017. „Erectile dysfunction in Fit and Healthy Young Men: Psychological or Pathological?” *Translational Andrology and Urology*. 6(1) 79–90.
- Redekop, W. K. – Mladsi D. 2013. „The Faces of Personalized Medicine: A Framework for Understanding Its Meaning and Scope.” *Value in Health*. 16(6), 1098–3015.
- Reimers, L. – Diekhof, E. K. 2015. „Testosterone is Associated with Cooperation During Intergroup Competition by Enhancing Parochial Altruism.” *Front Neurosci*. 9(12), e183.
- Rentmeester, C. – Hogan, A. 2020. „Are you ready to meet your baby? Phenomenology, Pregnancy, and the Ultrasound.” *Journal of Applied Hermeneutics*. Vol. 1., e1–e13.
- Rew, K.T. – Heidelbaugh, J.J. 2016. „Erectile Dysfunction.” *Am Fam Physician*. 94(10) 820–827.
- Roelcke, V. 1997. „Biologizing Social Facts: An Early 20th Century Debate on Krapelin’s Concepts of Culture, Neurasthenia, and Degeneration.” *Culture, Medicine and Psychiatry*. 4(21), 383–404.
- Rothberg, M. B. et al., 2014. „The cost of defensive medicine on 3 hospital medicine services.” *JAMA internal medicine*. 174(11), 1867–1868.

- Sallay, V. – Martos T. – Hegyi E. 2015. *Fiatal nők szüléssel kapcsolatos attitűdjei: a Szülés-attitűdök Kérdőív kidolgozása és első eredményei*. In Kisdi, B. (szerk): *Létkérdések a szünetés körül*. Budapest, L'Harmattan, 291–313.
- Sanavi, F. S. – Rakhshani, F. – Ansari-Moghaddam, A. – Edalatian, M. 2012. „Reasons for Elective Cesarean Section amongst Pregnant Women; A Qualitative Study.” *Journal of Reproduction & Infertility*. 13(4), 237–240.
- Shceinkman, M. – Iasenza, S. – Ludwig, K. – Cronin, T. – Lemor, S. – Papp, P. 2022. „Sexual intimacy and aging: An integrative framework to promote intimacy resilience in couple therapy.” *Family process*. 61(2), 456–475.
- Segrave, K. 1996. *Baldness: A Social History*. McFarland & Company, London.
- Shah, J. 2002. „Erectile Dysfunction Through the Ages.” *BJU International*. 4(90), 433–441.
- Shahvisi, A. 2020. „Towards Responsible Ejaculations: The Moral Imperative for Male Contraceptive Responsibility.” *Journal of Medical Ethics*. 5(46), 328–336.
- Sheehy, G. 1999. *Understanding Men's Passages: Discovering the New Map of Men's Lives*. New York, Ballantine Books.
- Siegel, W. E. 2007. „The Medicalisation of Male Menopause in America.” *Social History of Medicine*. 2(20), 369–388.
- Sônia L. – Souza de, K. V. – Peixoto, E. R. M. – Oliveira, B. J. – Diniz, C. S. G. – Vieira, N. F. – Cunha, S. O. – Friche, A. A. L. 2019. „Obstetric Violence: Influences of the Senses of Birth Exhibition In Pregnant Women Childbirth Experience.” *Ciência & Saúde Coletiva*. 24(8), 2811–2824.
- Sperber D. – Baumard N. 2012. „Moral Reputation: An Evolutionary and Cognitive Perspective.” *Mind. Lang.* 12, 495–518.
- Stuebe, A. 2020. „Should Infants Be Separated from Mothers with COVID-19? First, Do No Harm.” *Breastfeeding Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*. 15(5), 351–352.
- Susánszky, A. 2012. *A társadalmi nemek kutatása. A férfikutatások (men's studies) nemzetközi és hazai története*. In Lázár, I. – Pikó, B. (szerk.): *Orvosi Antropológia*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 467–471.
- Sutyák, T. 2007. *Michel Foucault gondolkodása*. Attraktor, Máriabesnyő-Gödöllő.
- Szasz, T. 2002. *Az elmebetegség mítosza*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Szasz, T. 2007. *The Medicalization of Everyday Life. Selected Essays*. Syracuse, New York.

- Szegedi, G. 2016. „Az onanista alakja a 20. századi Magyarországon.” *Korall*. 17(66), 32–52.
- Tari, G. – Hamvai, Cs. 2019. *The Medicalization of Childbirth: Ethical and legal issues of negative childbirth experiences*. In Kelemen, O. – Tari, G. (szerk.): *The Bioethics of the Crazy Ape*. Trivent, Budapest, 274–291.
- Tari, G. „A ’mentális zavar’ fogalom definíciós nehézségei.” *Századvég*. 20(76), 135–152.
- Tasca C. – Rapetti, M. – Carta, M. G. – Fadda, B. 2012. „Women and Hysteria in the History of Mental Health.” *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH*. 8, 110–119.
- Tuboly, Á. 2024. „A szülők sokkal többet árul el a társadalom működéséről, mint gondolnánk”
<https://qubit.hu/2024/06/27/a-szuloszekek-sokkal-tobbet-arul-nak-el-a-tarsadalom-mukodeserol-mint-gondolnank> Letöltés ideje: 2024. 07. 21.
- Ullmann, T. 2010. *Søren Aabye Kierkegaard*. In: Boros Gábor (szerk.): *Filozófia*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Velho, M. – Santos, E. – Santos, E. K. A. – Brüggemann, O. M. – Camargo, B. V. 2012. „Experience with vaginal birth versus cesarean childbirth: Integrative review of women’s perceptions.” *Texto & Contexto – Enfermagem*. 21, 458–466.
- Vogel, J. P. – Bohren, M. A. – Tuncalp, Ö. – Oladapo, O. T. – Gülmezoglu, A. M. 2016. „Promoting Respect and Preventing Mistreatment During Childbirth.” *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 123(5), 671–674.
- Warner, P. – Bancroft, J. 1987. „Members of the Edinburgh Human Sexuality Group: A Regional Clinical Service for Sexual Problems: A Three Year Survey.” *Sexual and Marital Therapy*. 2, 115–126.
- Wienke, C. 2005. „Male Sexuality, Medicalization and the Marketing of Cialis and Levitra.” *Sexuality & Culture*. 4(9), 97–125.
- Young, I. M. 1984. „Pregnant Embodiment: Subjectivity and Alienation.” *Journal of Medicine and Philosophy*. 9(1), 45–62.
- Zachar, P. 2000. „Psychiatric Disorders Are Not Natural Kinds.” *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*. 7(3), 167–182.